



100
مالة



في الأمراض الباطنة

إعداد وترجمة:

أطباء دفعة كلية الطب البشري لعام ٢٠٢٤ م.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمة الكتاب

ترجمة وتدقيق:

إبراهيم أحمد الحسين
أحمد عدنان نجار
أسامة حمدو هلال
آلاء عبدالقادر زكرة
سهام فيصل عوض كعيد
صفاء عبدالرحمن حاج عمر
عمر أحمد سليمان
عمر أحمد مصطفى حسين ناصر
عمر محمد المصطفى
محمد أحمد الهشوم
محمد مالك الدبس
مصطفى علي البكري
مصطفى هشام دادخي
ياسين عبد الرافع اليوسف

جمع وتنسيق: هزار محمد عمر
الإشراف العلمي: د. وسيم زكريا

الإهداء:

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين نبينا محمد وعلى آله وصحبه وسلم أجمعين.

أما بعد:

فإننا نشكر الله وافر الشكر أن وفقنا وأعاننا على إتمام ترجمة هذا الكتاب، ثم نوجه آيات الشكر والعرفان إلى مشرف العمل الدكتور وسيم زكريا الذي منحنا الكثير من وقته الثمين، وكان لسمو خلقه وأسلوبه المميز الأثر في المساعدة على إتمام هذا العمل، ونسأل الله العليّ القدير أن يجازيه خير الجزاء وأن يكتب صنيعه في موازين حسناته.

نوجه شكرنا الجزيل أيضاً لعميد كلية الطب السابق الأستاذ الدكتور جواد أبو حطب الذي كان بمثابة أب لنا على تفانيه في عمله منذ بداية افتتاح كلية الطب ومتابعته لها في سبيل العلو والرفي بها.

إلى كادر كلية الطب الذين حاولوا جاهدين إتمام مهمتهم بكل إخلاص، وتركوا فينا أثراً لن يمحي مع مرور الزمن، ونخص بالذكر عميد كلية الطب الطبيب الذي ستبقى نصائحه وإرشاداته محفورة في أذهاننا الدكتور مازن السعود.

إلى أهاليينا وشموع عثمة دربنا الذين ساندونا خير المساندة طيل المسيرة الجامعية، إلى كادر المشافي التدريبية الذين ساهموا في تدريبنا. لكل من أعطى ولم يبخل، لكل من ترك بصمته وكان خير قدوة.

المقدمة:

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله وعلى آله وصحبه، أما بعد:
فالطب أشرف العلوم وأنفعها بعد العلوم المتلقاة عن الوحي، حتى ذكر الذهبي أن الشافعي كان يتلهم على ما ضيع المسلمون من الطب ويقول: لا أعلم علماً بعد الحلال والحرام أنبل من الطب.

ويعتبر الطب الباطني من أهم التخصصات الطبية وحجر الأساس لكل التخصصات وهو ما سيكون موضوع الكتاب، حيث يشمل مجموعة واسعة من الأمراض مثل أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز الهضمي وأمراض الكلى والمسالك البولية والأمراض النفسية بالإضافة للأمراض العصبية والهرمونية، يعتمد التشخيص السريع والدقيق على المعرفة الطبية الواسعة واستخدام أحدث التقنيات والوسائل التشخيصية.

يهدف هذا الكتاب إلى توفير معلومات شاملة حول الأمراض الداخلية بعرضه لأشيع مئة حالة سريرية شاملة لأهم الأمراض المتضمنة في هذا التخصص.

تتضمن كل حالة سريرية قصة سريرية مفصلة عن الحالة ويليها الفحص السريري والنتائج المخبرية لها، وتنتهي ببعض الأسئلة والأجوبة عليها بطريقة مميزة ومدروسة، ما يجعل القارئ يتعلم كيفية المقاربة الصحيحة وتزيد الخبرة والتوجه السريري لديه.
ليكون دليلاً شاملاً للأطباء والمهتمين بالمجال الطبي الباطني.

فهرس الكتاب

- 12..... الحالة 1: الدوخة
- 16..... الحالة 2: الألم الصدري
- 20..... الحالة 3: السعال المزمن
- 23..... الحالة 4: ضيق التنفس
- 26..... الحالة 5: الألم البطني الحاد
- 30..... الحالة 6 : نقص الوزن
- 32..... الحالة 7: الغثيان وفقدان الوزن
- 36..... الحالة 8: فقدان الشهية والحمى
- 39..... الحالة 9: التعب
- 42..... الحالة 10 : الألم الظهرى
- 41..... الحالة 11: زيادة الوزن
- 44..... الحالة 12: تغير الشخصية
- 41..... الحالة 13 : ضعف اليد
- 44..... الحالة 14: الرؤية المزدوجة
- 47..... الحالة 15: الركبة المؤلمة
- 50..... الحالة 16: ألم الركبة
- 54..... الحالة 17 : سهولة التكدم
- 57..... الحالة 18: التعب وضيق التنفس والصداع
- 60..... الحالة 19: حمى لمدة ثلاثة أيام
- 63..... الحالة 20: الحمى والشعور بالضيق
- 66..... الحالة 21 : التعب
- 69..... الحالة 22: تورم الكاحل
- 73..... الحالة 23: الإسهال الحاد
- 76..... الحالة 24 : ضيق التنفس
- 79..... الحالة 25 : حمى وضيق في التنفس
- 83..... الحالة 26: آلام الخاصرة والبييلة الدموية
- 87..... الحالة 27: آلام المفاصل
- 90..... الحالة 28: آلام الصدر المزمنة

94	الحالة 29 : جرعة زائدة
97	الحالة 30 : انقطاع الطمث
100	الحالة 31 : ألم الظهر
103	الحالة 32 : الألم البطني
105	الحالة 33 : الصداع والتخليط
108	الحالة 34 : الاختلاجات
111	الحالة 35 : تورم في العنق
114	الحالة 36 : ألم بطني
116	الحالة 37 : ارتفاع ضغط الدم
119	الحالة 38 : تورم في الساق
121	الحالة 39 : ضيق التنفس وانخفاض نتاج البول
124	الحالة 40 : ألم في الصدر وضيق في النفس
127	الحالة 41 : ألم بطني
131	الحالة 42 : تدهور ما بعد الجراحة
134	الحالة 43 : عدم الراحة في البطن
136	الحالة 44 : فقدان الوعي في المنزل
139	الحالة 45 : آلام في الذراع
141	الحالة 46 : الغثيان والدوار
144	الحالة 47 : الألم الصدري
146	الحالة 48 : الصداع
148	الحالة 49 : الصداع والتخليط
150	الحالة 50 : الألم الصدري وتفاقم النفس
154	الحالة 51 : الألم الصدري
159	الحالة 53 : فقدان الوعي
162	الحالة 54 : التعب
165	الحالة 55 : إنتانات الصدر الناكسة
167	الحالة 56 : الصداع
171	الحالة 57 : السعال وآلام المفاصل
174	الحالة 58 : العطاش وتكرار التبول

177	الحالة 59: الدم في البول.
180	الحالة 60 : خسارة الوزن
182	الحالة 61 : فقدان الوعي.
185	الحالة 62: فقدان الذاكرة
188	الحالة 63: الإسهال.
191	الحالة 64: الخفقان
195	الحالة 65 : التهاب الحلق
198	الحالة 66 : تكرار التبول
200	الحالة 67 : آلام الظهر
202	الحالة 68 : الزلّة عند بذل مجهود
204	الحالة 69: ألم البطن
206	الحالة 70 : ضعف الساق
208	الحالة 71 : النعاس
210	الحالة 72 : عدم الثبات
212	الحالة 73 : ألم صدري مع ضيق تنفس
214	الحالة 74: تخليط ذهني
216	الحالة 75: فقد الوعي في المنزل
219	الحالة 76 : الصداع
222	الحالة 77 : ألم بطني
225	الحالة 78 : الحمى
227	الحالة 79 : النعاس المفرط أثناء النهار
230	الحالة 80 : ألم في الصدر
232	الحالة 81 : الألم البطني
234	الحالة 82 : أوجاع و آلام
237	الحالة 83: الضعف
240	الحالة 84 : الإقياء
243	الحالة 85: التعب والتهيج
246	الحالة 86: ضعف الساقين
249	الحالة 87 : السقوط المتكرر

253	الحالة 88 : التعب
256	الحالة 89 : فقدان الوعي
259	الحالة 90 : السعال وضيق التنفس
262	الحالة 91 : خدر القدمين
266	الحالة 92: رجل سليم؟
268	الحالة 93: التعب
272	الحالة 94: الألم البطني
276	الحالة 95 : العته
279	الحالة 96 : ضيق النفس
283	الحالة 97 : المتابعة الروتينية
286	الحالة 98: تغير الشخصية
281	الحالة 99: زلة تنفسية
284	الحالة 100: القصور الكلوي

الحالة 1: الدوخة

■ القصة السريرية:

تم إحضار رجل مسن عمره 75 عامًا إلى المشفى بسبب نوبة **دوخة**، وعندما تمت معاينته بعد 30 دقيقة وجد أنه لا يزال يشعر بعدم الارتياح. كان بصحة جيدة حتى 6 أشهر مضت حيث بدأ يعاني من نوب سقوط مفاجئ؛ تترافق أحيانًا بغياب عن الوعي لكن المريض غير متأكد من طول الفترة التي ظل فيها فاقدًا للوعي. وأحيانًا أخرى كان يعاني من شعور بالدوخة ويضطر إلى الجلوس ولكنه لم يفقد وعيه. تحدث هذه النوب عادة عند بذل الجهد، وحدثت مرة أو مرتين أثناء الجلوس، ثم يتعافى خلال 10-15 دقيقة بعد كل نوبة.

يعيش المريض وحيدًا ولا يوجد شهود على النوب في معظم الحالات، ذات مرة كانت حفيدته معه عندما فقد الوعي فشعرت بالقلق واتصلت بسيارة الإسعاف، حيث بدا الرجل شاحبًا جدًا وساكنًا لا يتحرك لدرجة أنها اعتقدت أنه مات؛ تم نقله إلى المستشفى وخلال ذلك الوقت كان قد تعافى تمامًا وتم تخريجه من المستشفى وأخبروه أن تخطيط القلب الكهربائي والصورة الشعاعية البسيطة للصدر ضمن الطبيعي.

لا يوجد لدى المريض قصة سابقة لألم في الصدر أو خفقان، يعاني فقط من النقرس والتدرد البولي وقد شُخص لديه ضخامة بروتينات حميدة Bph وحاليا لا يتلقى أي علاج لها؛ يتناول الإيبوبروفين أحيانًا لتخفيف ألم النقرس. المريض مدخن سابق ولكنه توقف عن التدخين منذ 5 سنوات؛ يشرب 5-10 وحدات من الكحول أسبوعيًا (الدوخة والسقوط لم ترتبط بالكحول)؛ ولا توجد قصة عائلية ذات صلة؛ عمله السابق كهربائي.

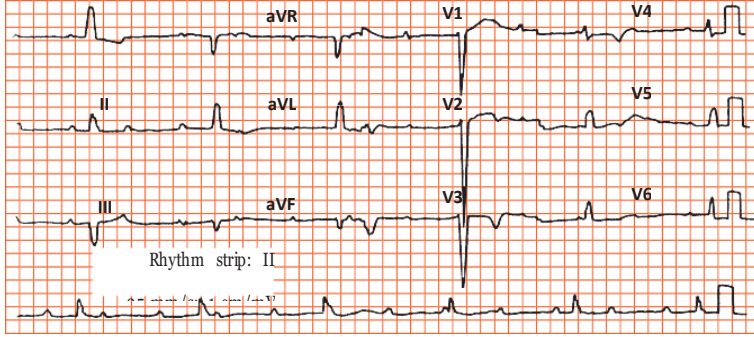
■ الفحص السريري:

المريض شاحب، ضغط الدم 64/96 ملم زئبق، النبض 33 نبضة /د ومنتظم، لا توجد نفخات بإصغاء القلب، الضغط الوريدي الوداجي مرتفع بمقدار 3 سم مع ارتفاعات عرضية، لا وذمات في الساق، النبض المحيطي مجسوس باستثناء النبض في ظهر القدم اليسرى، الفحص التنفسي طبيعي.



الاستقصاءات

- يظهر تخطيط القلب للمريض في الصورة 1-1



الصورة 1-1: تخطيط القلب الخاص بالمريض.

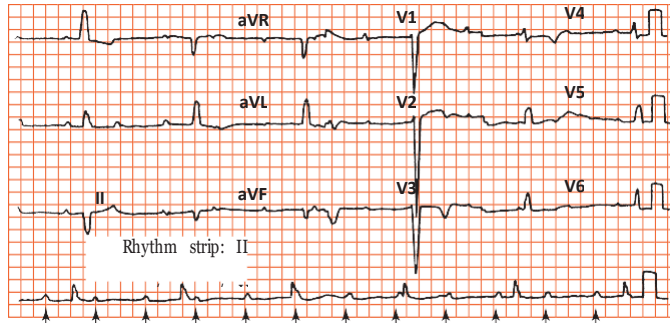
الأسئلة:

- ما هو سبب فقد الوعي؟
- ماذا يظهر في تخطيط القلب؟

إجابة الحالة : 1

لا يبدو أن فقد الوعي لدى المريض له علاقة بالوضعية، حيث أنه كان مختلطاً بين الشعور بخفة الرأس وفقدان الوعي. النوبة الوحيدة التي شوهد فيها المريض كانت مترافقة بالشحوب مما يدل على نقص نتاج القلب والذي يحدث عادةً مع اضطرابات النظم القلبية. قد ترد هذه الحالة رغم عدم وجود أي أعراض قلبية، وقد يلاحظ احمرار واضح في الجلد مع عودة النتاج القلبي وجريان الدم.

إن تخطيط قلب المريض الطبيعي والأشعة السينية للصدر عندما ذهب إلى المستشفى بعد النوبة لا تستبعد وجود اضطراب نوبي في التوصيل الكهربائي للقلب، حيث تكون الأعراض في هذه الحالة موجودة لكنها طفيفة. يُظهر تخطيط القلب الكهربائي حصار قلب من الدرجة الثالثة أو ما يسمى حصار قلب تام (الصورة 1.2)؛ يوجد افتراق تام بين النظم الأذيني والنظم البطيني الذي هو 33/دقيقة. تسمى نوب فقد الوعي في هذه الحالة بنوب ستوكس-آدامز وتنتج عن توقف الانقباض العابر أو عن اللانظمية السريعة المحددة لذاتها التي تحدث في بدء حصار القلب. كانت هذه النوب كانت متقطعة سابقاً، ثم أصبح لدى المريض حالياً حصار قلب تام بشكل ثابت، وإذا استمرت هذه الحالة فإن معدل ضربات البطين البطينية سيتراجع بانخفاض النتاج القلبي، مما قد يسبب الإرهاق والدوخة عند بذل الجهود أو قصور القلب، كما أن الفشل المتقطع لنظم الهروب قد يسبب الغشي.



الصورة 1.2 تخطيط القلب الكهربائي يظهر حصار قلب تام، موجات P مظللة بالأسهم.

بالفحص نجد أن الارتفاعات العرضية في الضغط الوريدي الوداجي هي موجات a مدفعية متقطعة ناجمة عن انقباض الأذنين الأيمن بوجه الصمام مثلث الشرف المغلق. كما أن شدة الصوت القلبي الأول ستختلف عن الطبيعي.

يصنف التشخيص التفريقي لنوب فقد الوعي العابر إلى أسباب عصبية وأسباب وعائية، ونجد أن الشاهد (مرافق المريض) مفيد جداً في التفريق بينهما. الأسباب العصبية هي الأشكال المختلفة من الصرع وغالباً ما تكون مصحوبة بمميزات خاصة بها، بينما تكون الأسباب الوعائية متعلقة بانخفاض جريان الدم الموضع للدماغ أو الجهازى؛ قد يحدث الاقفار الموضع في النوب الإقفارية العابرة أو قصور الشريان الفقري القاعدي. أما الانخفاض الأكثر شدة يترافق غالباً مع الشحوب ويحدث بحالات اللانظميات وهبوط الضغط الانتصابي والغشي الوعائي المبهمي.

يجب أن يكون العلاج بزرع جهاز ناظم خطى القلب؛ إذا كان حصار القلب التام ثابتاً فيجب زرع جهاز ناظم خطى دائم بمجرد إمكانية ترتيب ذلك، ويجب أن يكون نظاماً مزدوج الحجره ينظم الأذنين ثم البطينين (DDD)، استشعار مزدوج مع نظم، يحفز الاستشعار الأذني، ويمنعه الاستشعار البطيني) أو ربما ناظم البطين (VVI)، ينظم البطين، ويثبطه الاستشعار البطيني). إذا كان هناك شك أنه نظم هروب بطيني فيجب زرع جهاز ناظم خطا مؤقت على الفور.

نقاط مفتاحية



- عندما يعاني المريض من فقد الوعي العابر، يمكن أن تساعد القصة المفصلة من المرافق الشاهد لوضع التشخيص.
- لا يستبعد الفحص السريري الطبيعي وتخطيط القلب الكهربائي وجود لانظميات خطيرة عابرة.
- تعبر الموجات الكبيرة في الضغط الوريدي الوداجي عادةً عن موجات v العملاقة المنتظمة في قصور الصمام ثلاثي الشرف أو موجات a المدفعية المتقطعة في حصار القلب التام.

■ القصة السريرية:

أتى محاسب عمره 34 عامًا إلى قسم الإسعاف بشكاية ألم حاد في الصدر، لديه قصة سابقة لآلام صدرية طاعنة متقطعة خلال العامين السابقين. الألم الحالي بدأ منذ 4 ساعات في الساعة 8 مساءً ومستمر منذ ذلك الحين، مركزي التوضع ومنتشر بشكل خفيف إلى جانبي الصدر، غير مترافق بزلة تنفسية أو خفقان، يخف بالجلوس والانحناء للأمام، وقد تناول المريض حبتين من الباراسيتامول في الساعة 9 مساءً ولم يتحسن الألم.

ألم الصدر السابق متقطع يستمر لثانية أو اثنتين في كل مرة وبدون أي عوامل محرضة معروفة، عادةً ما يكون في الجانب الأيسر من الصدر ولكن قد يختلف موضعه.

قبل أسبوعين أصيب المريض بإنتان تنفسي علوي استمر لمدة 4 أيام، حيث عانى من ألم في الحلق وانسداد الأنف والعطاس والسعال، كما أصيبت زوجته وطفلاه بنفس الأعراض في الوقت ذاته لكنهم تعافوا منذ ذلك الحين.

لدى المريض قصة معاناة من صداع الشقيقة ولديه في القصة العائلية أن والده أصيب باحتشاء العضلة القلبية بعمر 51 عامًا وكان لديه ارتفاع طفيف في مستوى الكولسترول، أما والدته وشقيقته اللتان تبلمان من العمر 36 و38 عامًا فهم في صحة جيدة. بعد النوبة القلبية لوالده قام المحاسب بتحليل شحوم الدم؛ كان مستوى الكوليسترول لديه 5.1 مليمول / لتر (المجال الطبيعي حتى 5.5 مليمول / لتر). المريض غير مدخن ولكنه يشرب 15 وحدة من الكحول أسبوعيًا.

■ الفحص السريري:

معدل ضربات قلبه 75 نبضة في الدقيقة، ضغط الدم 78/124 ملم زئبق. درجة حرارته 37.8 درجة مئوية. لا يوجد أي اضطرابات في فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي.

الاستقصاءات:

- صورة الصدر بالأشعة السينية طبيعية، الهيموجلوبين وتعداد الكريات البيضاء طبيعيان.
- ESR 46 .
- مستوى التروبونين مرتفع قليلاً؛ وباقي الفحوصات المخبرية طبيعية.
- تخطيط القلب الكهربائي (ECG) موضح في الصورة 2.1

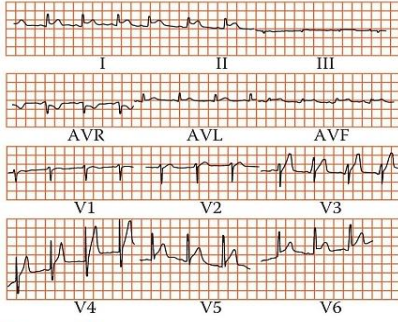


Figure 2.1 Electrocardiogram.

السؤال: ما هو التشخيص المحتمل؟ •

ألم الصدر السابق لدى المريض والذي يستمر لمدة ثانية أو ثانيتين غير مرجح أن يكون ذا أهمية حقيقية؛ لأن الألم القلبي -وأي ألم مهم آخر- عادة ما يستمر لفترة أطول من ذلك، كما أن آلام الصدر للحظية المفاجئة في الجانب الأيسر شائعة جداً. تزيد القصة العائلية الإيجابية من خطر الإصابة بأمراض القلب الإقفارية، ولا توجد عوامل خطر أخرى واضحة من الفحص والقصة المرضية. عادة ما يكون الألم الناتج عن التهاب التامور حاداً الشدةً وجنبياً يزداد بالتنفس أو السعال؛ كما أن ارتياح الألم بالجلوس والانحناء للأمام نموذجي للألم التاموري.

يُظهر تخطيط القلب الكهربائي ارتفاعاً في القطعة ST بشكل مقعر للأعلى وهذا نموذجي لالتهاب التامور ومختلف عن ارتفاع القطعة ST لأعلى بعد احتشاء عضلة القلب؛ عادة ما تكون التغيرات في القطعة ST موجودة في معظم المساري الكهربائية في التهاب التامور الحاد، عكس التغيرات في احتشاء عضلة القلب والتي تقتصر على مساري محددة تكون موافقة لرقعة الاحتشاء.

تشير قصة الانتان التنفسي العلوي الأخيرة إلى احتمالية وجود سبب فيروسي لألم الصدر لدى المريض (التهاب تامور فيروسي)، وعادة ما تسبب **فيروسات كوكساکي ب** التهاب التامور.

إن غياب الاحتكاك التاموري بالإصغاء لا يستبعد وجود التهاب التامور، حيث يمكن أن تختلف احتكاكات التامور في شدتها وقد لا تسمع دائماً، لذا عند الشك بالتهاب التامور غالباً ما يفيد إعادة الإصغاء في الزيارات المتكررة للمريض للبحث عن الاحتكاكات، إن صوتها يشبه الفرك أو الهرش وأفضل طريقة لسماعه هي بطرف الغشاء للسماعة. غالباً ما يترافق التهاب التامور بالتهاب في عضلة القلب مما يفسر ارتفاع مستويات التروبونين. إن التهاب التامور مرض ذو حدثية التهابية لذا غالباً ما يسبب ارتفاع في عدد خلايا الدم البيضاء وسرعة تنقل الكريات الحمر (ESR) ومستوى البروتين C التفاعلي (CRP). بالفحص بايكو القلب يظهر انصباب تاموري خفيف في أغلب الأحيان ونادراً مع يحدث اندحاس تاموري.

يمكن أن يحدث التهاب التامور كاختلاط لاحتشاء عضلة القلب (سواء بعد يوم أو أكثر)، حيث يمكن أن ينشأ كنتيجة مباشرة لموت الياف عضلة القلب المجاورة، أو قد يحدث بسبب مناعي متأخر (متلازمة دريسلر). يمكن أن يظهر التهاب التامور أيضاً ضمن أمراض النسيج الضام المختلفة، والسل، واليوريميا، أو يصاب بأي من الانتانات المجاورة أو الأورام.

إن احتشاء العضلة القلبية يحدث في سن 34 ولكنه غير شائع نسبياً، وبقية الأسباب للألم الصدري مثل الألم المريئي أو الألم العضلي الهيكلي مستبعدة بالقصة والاستقصاءات.

يشير الارتفاع اللاحق في مستويات الأضداد لفيروس كوكساکي إلى التهاب التامور الفيروسي.

زالت أعراض المريض وتغيرات تخطيط القلب الكهربائي في غضون 4-5 أيام، وأظهر إيكو القلب وجود انصباب تاموري خفيف مع وجود قلووية جيدة للبطين الأيسر، تراجع أعراض بعد الراحة واستخدام مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

نقاط مفتاحية



- ارتفاع القطعة ST المقعر لأعلى هو سمة مميزة لالتهاب التامور.
- التهاب التامور الفيروسي لدى الشباب يحدث بسبب فيروس كوكسساكي غالبًا.
- قد يترافق التهاب عضلة القلب مع التهاب التامور، ويجب تقييم وظيفة عضلة القلب باستخدام إيكو القلب وتقييم الأذية بقياس مستويات التروبونين.

الحالة:3 السعال المزمن

■ القصة السريرية:

شاب عمره 19 عامًا لديه قصة انتانات صدرية متكررة، عانى من السعال وإنتاج القشع في أول سنتين من عمره وتم تشخيص إصابته بمرض في القصبات، ثم على مدار السنوات الأربعة عشر التالية كان يعاني غالبًا من "التهاب الصدر" وكان يقضي 4-5 أسابيع في السنة بعيدًا عن المدرسة، تفاقمت مشكلته خلال العامين الماضيين وتم قبوله في المستشفى ثلاث مرات بسبب السعال والقشع الفيحي. في أول قبولين كان لديه نمو للمستدمية النزلية في زرع القشع، وفي القبول الأخير منذ شهرين تم عزل الزائفة الزنجارية من قشعه في وقت القبول. حاليًا لا يزال السعال منتجًا للقشع؛ وعلى الرغم من تعافيه بشكل كبير من الانتان فإن والدته قلقة وطلبت إرسال عينة أخرى من القشع للفحص، عادت نتيجة مختبر الأحياء الدقيقة لتكتشف أن هناك نموًا ضئيلاً لجرثومة الزائفة الزنجارية في زرع القشع. ليس لدى المريض قصة عائلية لأي مرض صدري ويظهر بالاستجواب الروتيني أن شهيته كانت مقبولة، والتبول طبيعي، لكن التغوط غير منتظم تمامًا.

■ الفحص السريري:

المريض نحيل، وزن 48 كيلوجرام و يبلغ طوله 1.6 متر (5 أقدام و6 بوصات).
الموجودات بفحص الصدر هي قليل من الخراخر الشهيقية أعلى الساحتين الرئويتين. الفحص القلبي الوعائي وفحص البطن طبيعيان.

الاستقصاءات



- تظهر صورة الصدر الشعاعية البسيطة كما في الصورة 1-3



الشكل 3.1: صورة الصدر البسيطة.

☒ الأسئلة:

- ما الذي تظهره صورة الصدر؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما الاستقصاءات التي يجب إجراؤها؟

تظهر صورة الصدر كثافات غير طبيعية في كلا الرئتين وأكثر وضوحًا في الفصين العلويين، مع بعض الكثافات الحلقية والكثافات الأنبوبية والتي تشير إلى الجدر القصبية المتسمكة؛ تتوافق هذه الموجودات مع تشخيص التوسع القصي. تبدو الشرايين الرئوية بارزة مما يشير إلى درجة من فرط التوتر الرئوي.

توزع الإصابة نموذجي لما هو موجود في التليف الكيسي حيث تكون التغييرات الأكثر وضوحًا في الفصوص العلوية، بينما معظم أشكال توسع القصبات الأخرى أكثر عرضة للحدوث في الفصين السفليين حيث يكون التصريف عكس الجاذبية.

يعد التصوير الطبقي المحوري عالي الدقة للرئتين أفضل طريقة لتشخيص توسع القصبات وتحديد مدى امتداده وتوزعه.

في حالات التليف الكيسي الأقل حدة وعند المرضى الأصغر تكون العضيات الرئيسية في القشع هي **المستدمية النزلية** و**العنقوديات المذهبية**. لاحقًا ومع حدوث المزيد من الضرر في الرئة تصبح الزائفة الزنجارية شائعة؛ وبمجرد وجودها في الرئتين في التليف الكيسي يصعب أو يستحيل إزالتها تمامًا.

يجب أن يوضع التليف الكيسي في الاعتبار دائمًا عند وجود قصة انتانات صدرية **متكررة** عند شاب، وعلى الرغم من أنه يظهر غالبًا في الأعمار الأقل من 20 سنة، إلا أن التشخيص قد يتأخر حتى العشرينيات أو الثلاثينيات أو الأربعينيات أو حتى أكثر من ذلك في الحالات غير الشديدة. يترافق التليف الكيسي بمشاكل في البنكرياس (سوء الامتصاص، السكري) والجيوب الأنفية والكبد.

أصبح من الواضح أن بعض المرضى يتأثرون بشكل أخف، وخاصة أولئك الذين يملكون الجينات الأقل شيوعًا. قد تتأثر هذه الحالات فقط صديريًا في التليف الكيسي ويكون سوء الامتصاص الناتج عن إصابة البنكرياس لديهم خفيف أو غير موجود.

التشخيص التفريقي:

- التشخيص التفريقي في حالة هذا الشاب هو الأسباب الأخرى لتوسع القصبات المنتشر:
 - نقص الغلوبولينات المناعية في الدم، وخلل الأهداب (عدم حركة الأهداب).
 - يجب قياس وظائف الرئة لتحديد مدى القصور الوظيفي.
- قد يحدث التوسع القصي في الفصوص العلوية في حالة:
 - السل، وداء الرشاشيات القصي الرئوي الأرجي المترافق مع الربو.

الاختبار التشخيصي الشائع للتليف الكيسي هو قياس شوارد العرق، حيث يكون تركيز الصوديوم والكلور مرتفعًا بشكل غير طبيعي. قد يكون هذا الاختبار أقل موثوقية في سن 19 عامًا، ويكون أكثر دقة إذا تم تكراره بعد إعطاء فلودروكورتيزون. هناك بديل في المراكز المتخصصة بداء التليف الكيسي وهو قياس فرق الكمون عبر الظهارة الأنفية.

ينتقل داء التليف الكيسي بوراثة جسمية سائدة، حيث توجد الطفرة الجينية الأكثر شيوعًا F508Δ في 85% من الحالات؛ هذا الجين مسؤول عن البروتين الذي يتحكم في نقل الكلوريد عبر غشاء الخلية.

يمكن التعرف الطفرات الجينية الشائعة، حيث تقوم مجموعة الاختبارات الجينية الحالية بتحديد أكثر من 95% من الحالات. ومع ذلك؛ فإن عدم وجود ΔF508 والطفرات الأخرى شائعة لن يستبعد داء التليف الكيسي المرتبط بالمتغيرات الجينية الأقل شيوعًا.

في المراحل المتقدمة يمكن التفكير بزراعة الرئة. وقد بدأت تجارب العلاج بالاستبدال الجيني منذ تحديد الطفرة الجينية. يجب ان يكون التدبير في مركز لديه خبرة بتدبير التليف الكيسي لدى البالغين، حيث أن العلاج في مثل هذه المراكز للأطفال والمراهقين والبالغين يرتبط بنتائج أفضل.

نقاط مفتاحية



- يمكن أن تتظاهر الأشكال الخفيفة للتليف الكيسي في سن المراهقة و سن البلوغ.
- غالبًا ما ترتبط الأشكال الأخف باضطرابات جينية أقل شيوعًا.
- يعتبر التصوير الطبقي المحوري عالي الدقة الطريقة الأفضل لرؤية توسع القصبات وتحديد مدى امتداده.
- يجب أن يتم تدبير المرض في مركز متخصص بالتليف الكيسي.

■ **القصة السريرية:**

معلمة عمرها 26 عامًا استشارت طبيبها العام لوجود سعال مستمر لديها، ترغب في الحصول على كورس ثان من الصادات الحيوية لأن الكورس الأول من الأموكسيسيلين لم يحدث فرقًا. يزعجها السعال منذ ثلاثة أشهر عند انتقالها إلى مدرسة جديدة، وحاليًا بدأ يؤثر على نومها ويجعلها تشعر بالتعب أثناء النهار. تعمل معلمة رياضة ويزعجها السعال عند الخروج إلى الملعب أو عند الركض.

السوابق: تم استئصال الزائدة الدودية لها منذ ثلاث سنوات، وتم استئصال اللوزتين لها عندما كانت طفلة، وذكرت أنها كانت تُعاني من نوب متكررة من التهاب القصبات الهوائية بين سن 3 و6 سنوات. لم تدخن أبدًا ولا تتناول أي دواء عدا موانع الحمل الفموية. وذاها بصحة جيدة ولديها شقيقان أحدهما مصاب بحساسية من حبوب اللقاح (حمى القش).

■ **الفحص السريري:**

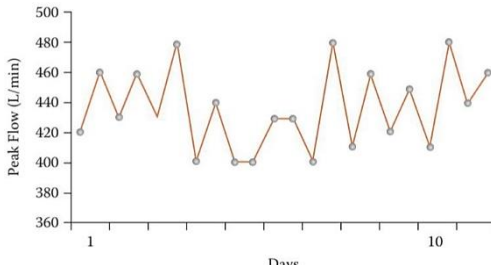
معدل التنفس 18/د، الصدر صاف بالإصغاء، ولا توجد أي شذوذات في الأنف أو البلعوم أو في الجهاز القلبي أو التنفسي أو العصبي.

الاستقصاءات

- صورة الصدر البسيطة بالأشعة السينية طبيعية.
- مقياس النفس Spirometry أجري للمريضة أثناء الجراحة السابقة، كما طلب منها أن تسجل نتائج اختبار peak flow في المنزل -أفضل نتيجة من 3 نتائج كل صباح وكل مساء لمدة أسبوعين، وكانت النتائج كالتالي:

	Actual	Predicted
FEV ₁ (L)	3.9	3.6-4.2
FVC (L)	5.0	4.5-5.4
FER (FEV ₁ /FVC) (%)	78	75-80
PEF (L/min)	470	440-540

FEV₁: forced expiratory volume in 1 s; FVC, forced vital capacity; FER, forced expiratory ratio; PEF, peak expiratory flow.



☒ **الأسئلة:**

- ما هو تفسيرك لهذه النتائج؟
- ما هو التشخيص المحتمل في رأيك، وما هو العلاج المناسب؟

الشكل 4.1: تسجيل peak flow في المنزل خلال 11 يوم.

يظهر شكل معدل الجريان قدرًا من التباين اليومي، وهذا لا يتوافق مع معايير تشخيص الربو ولكنه يضعه بالاحتمال. يبلغ متوسط التباين اليومي في تدفق الهواء الأعظمي بين التسجيلات 36 لترًا في الدقيقة، ويبلغ متوسط تدفق الهواء في المساء 453 لترًا في الدقيقة، مما يعطي متوسط تباين يومي بنسبة 8%. هناك تباين يومي ضئيل في الأفراد الطبيعيين، ويعتبر أي اختلاف يزيد عن 15% مشخصًا للربو. عند هذه المريضة غالبًا ما كانت تسمية "التهاب القصبات الهوائية" في الطفولة تعني الربو على الأرجح؛ كما القصة العائلية بوجود داء تأتني (حساسية الأخ) وتفاقم السعال عن طريق التمارين الرياضية والخروج في البرد يشير أيضًا إلى فرط الاستجابة القصبية النموذجي للربو.

يجب أن يجري المرضى الذين يعانون من سعال مزمن مستمر مجهول السبب صورة بالأشعة السينية للصدر. عندما تكون الصورة طبيعية فمن المحتمل أن يكون السعال ناتجًا عن أحد الأسباب الثلاثة الرئيسية عند غير المدخنين، يعاني حوالي نصف هذه الحالات من الربو أو سيصابون بالربو في غضون السنوات القليلة القادمة، ويعاني النصف الباقي من التهاب الأنف أو التهاب الجيوب الأنفية مع سيلان خلفي، وفي حوالي 20% يرتبط السعال بالجزر المعدي المريئي وسيحدث عدد قليل من الحالات بسبب مشاكل غير متوقعة مثل الأجسام الأجنبية، "الورم الغدي" في القصبات الهوائية، الساركويد أو التهاب الأسناخ الليفي. السعال هو أحد الآثار الجانبية الشائعة عند المعالجين بمثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (ACE).

عند هذه المريضة تم تأكيد تشخيص الربو عن طريق اختبار الجهد، والذي ترافق بانخفاض بنسبة 25% في FEV1 بعد الانتهاء من 6 دقائق من التمارين المكثفة. تشمل الاختبارات البديلة لإثارة القصبات الهوائية استخدام الميثاكولين المُستنشق أو الهيستامين وحدث انخفاض في FEV1 أكبر من 20%.

بعد اختبار الجهد تم إعطاء الستيروئيد الانشافي واستقر السعال بعد أسبوع، ثم تم إيقاف الدواء المُستنشق بعد 4 أسابيع واستبداله بموسع القصبات الهوائية مقلد بيتا 2 للاستخدام قبل التمرين. ومع ذلك، عاد السعال مع ضيق في التنفس وزيز أكثر وضوحًا، وتم تغيير العلاج إلى دواء الكورتيزون المُستنشق مع موسع القصبات الهوائية مقلدات بيتا 2 حسب الحاجة.

إذا لم يتم ضبط المرض فإن الخطوة التالية ستكون فحص تقنية الاستنشاق وفحص التزام المريضة بالعلاج والنظر في إضافة موسع القصبات مقلد بيتا 2 طويل المفعول. في بعض الحالات قد يتطلب السعال الجاف المستمر المرتبط بالربو علاجًا أكثر صرامة من ذلك، قد تكون هناك حاجة إلى الستيروئيدات الإنشاقية لمدة شهر أو أكثر أو حتى كورس من الستيرويدات عن طريق الفم لمدة أسبوعين لتخفيف السعال. يعتمد نجاح تدبير السعال الجاف على التشخيص الصحيح وعلاجه بحزم.

نقاط مفتاحية



- أسباب السعال الجاف المستمر مع صورة صدر بسيطة طبيعية هي ثلاث:
 - الربو (50%)، التهاب الجيوب الأنفية وتنقيط الأنف الخلفي (25%)، القلس المريئي (20%).
- قد يظهر الربو على شكل سعال (الربو بشكل السعال) مع انسداد خفيف أو معدوم للطريق الهوائي في البداية على الرغم من أنه سيتطور لاحقاً.
- السعال المستمر مع فحص صدر طبيعي من غير المحتمل أن يكون ذو سبب بكتيري أو أن يستجيب للعلاج بالصادات الحيوية.

الحالة: 5 الألم البطني الحاد

■ القصة السريرية:

تم إحضار امرأة عمرها 56 عامًا إلى قسم الإسعاف بسبب معاناتها من ألم في البطن، منذ 24 ساعة ظهر لدى المريضة ألم مستمر في الجزء العلوي من البطن وتزايدت شدة الألم تدريجياً، ومنتشر إلى الظهر، ومرافق مع غثيان وتناوب بين الحرارة والبرودة. القصة المرضية السابقة للمريضة تتضمن قرحة في العفج تم علاجها بنجاح باستخدام ادوية استئصال العلاج الملتنوية البوابية منذ 5 سنوات. تدخن 15 سيجارة في اليوم وتشارك زجاجة نبيذ كل مساء مع زوجها.

■ الفحص السريري:

التأمل العام: تبدو المريضة غير مرتاحة ومتجففة، وزنها 115 كجم. لديها ترفع حروري حيث أن درجة حرارتها 38.5 درجة مئوية، معدل ضربات قلبها 108 نبضة في الدقيقة، ضغط الدم لديها 76/124 ملليمتر زئبق.

الفحص القلبي الوعائي والتنفسي طبيعي، لديها مضض في الربع العلوي الأيمن والجزء العلوي من البطن، مع دفاع عضلي ومضض راجع، وخفوت في أصوات الأمعاء.

		الاستقصاءات
		Normal
Hemoglobin	14.7 g/dL	11.7-15.7 g/dL
White cell counts	$19.8 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$239 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	137 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	116 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Bilirubin	19 $\mu\text{mol/L}$	3-17 $\mu\text{mol/L}$
Alkaline phosphatase	58 IU/L	30-300 IU/L
Alanine aminotransferase (AAT)	67 IU/L	5-35 IU/L
Gamma-glutamyl transpeptidase	72 IU/L	11-51
IU/LC-reactive protein (CRP)	256 mg/L	<5
mg/L		

تظهر الصورة الشعاعية للبطن في الصورة 5.1:



الشكل 5.1: صورة بسيطة للبطن.

الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف يمكنك التعامل مع هذا المريض؟

هذه المرأة تعاني من التهاب المرارة الحاد. التهاب المرارة أكثر شيوعًا لدى النساء البدينات في منتصف العمر ويحرّض بشكل نموذجي بعد تناول وجبة دسمة، عادةً ما يحدث بسبب حصاة في المرارة تمنع تدفق الصفراء من المرارة إلى الأمعاء الدقيقة؛ يؤدي هذا إلى زيادة الضغط داخل المرارة و التهاب جدارها. الانتان الجرثومي يحدث عادة بسبب الجراثيم سلبية الغرام واللاهوائيات.

يمكن أن يؤدي الإقفار في المرارة الممتدة إلى انتقابها مما يسبب إما التهاب البريتوان المعمم أو تشكل خراج موضعي. وفي أحيان أخرى يمكن أن تمر الحصاة بشكل عفوي وتحسن الأعراض تلقائيًا بشكل جيد.

يمكن أن تنحسر حصيات المرارة في القناة الصفراوية الجامعة مما يؤدي إلى التهاب الطرق الصفراوية أو التهاب البنكرياس. في حالات نادرة يمكن أن تخترق الحصيات جدار المرارة الملتهب إلى الأمعاء الدقيقة وتسبب انسدادًا معويًا (انسداد بالحصاة المرارية).

العرض النموذجي لالتهاب المرارة الحاد هو الألم المفاجئ في الربع العلوي الأيمن من البطن وينتشر إلى الظهر، إذا طالت مدة نوبة الألم وترافقت مع حرارة فإن ذلك يشير لالتهاب الطرق الصفراوية وليس لكولنج مراري بسيط. يحدث اليرقان عادة في حال وجود حصاة في القناة الجامعة.

عادة ما يوجد حمى، تسرع نبض، دفاع عضلي ومضض راجع في الربع العلوي الأيمن من البطن (علامة مورفي). عند المريض السابق فإن ارتفاع عدد الكريات البيض و CRP يعزز التشخيص بالتهاب المرارة الحاد.

إذا كان مستوى البيليروبين في المصل وأنزيمات الكبد مضطربًا بشدة فيجب الشك بالتهاب الطرق الصفراوية الحاد التالي لوجود حصاة في القناة الجامعة. الصورة الشعاعية للبطن طبيعية؛ لأن الغالبية العظمى من حصيات المرارة غير ظليلة على الأشعة ولا تظهر على الصورة العادية.



التشخيص التفريقي:

يشمل بشكل رئيسي القسولنج المراري، انتقاب قرحة هضمية، التهاب البنكرياس الحاد، التهاب الكبد الحاد، الخراج تحت الحجاب الحاجز، التهاب الزائدة الدودية خلف الأعور، التهاب الحويضة والكلية اليمنى وسرطان أو رتج مثقوب في الزاوية الكبدية للقولون. قد يحاكي احتشاء عضلة القلب أو ذات الرئة في الفص السفلي الأيمن أيضًا التهاب المرارة.

يجب أن يتم قبول هذه المريضة تحت إشراف فريق الجراحة، يجب قياس الأميلاز في الدم لنفي التهاب البنكرياس، ويجب أخذ عينات من الدم للزرع الجرثومي، إجراء صورة بسيطة للصدر لنفي ذات الرئة، صورة بسيطة للبطن بوضعية الوقوف لنفي وجود هواء تحت الحجاب الحاجز وهو ما يحدث في القرحة الهضمية المثقوبة. يظهر بالموجات فوق الصوتية للبطن حصيات المرارة والتهاب جدار المرارة. يجب إبقاء المريض على حمية مطلقة، وإعطائه سوائل وريدية ومسكنات وصادات

حيوية وريدية (سيفالوسبورينات وميترونيدازول). يجب فحص المريض بانتظام بحثاً عن علامات التهاب البريتوان المعمم أو التهاب الطرق الصفراوية. إذا استقرت الأعراض عادةً يتم تخريج المريض ليتم إعادة قبوله للمشفى بعد بضعة أسابيع بمجرد أن يستقر الالتهاب للقيام باستئصال المرارة، هناك توجه لإجراء استئصال مرارة فوري عند المرضى منخفضي الخطورة.

نقاط مفتاحية



- يسبب التهاب المرارة الحاد عادةً ألمًا في المراق الأيمن وعلامة مورفي إيجابية.
- تشمل الاختلاطات المحتملة انتان الدم والتهاب البريتوان.

■ القصة السريرية:

مرمضة متقاعدة عمرها 66 عامًا استشارت طبيبها العام من أجل معاناتها من تعب وضيق في التنفس بشكل خفيف على الجهد ونقص في الوزن من 71 إلى 65 كجم منذ أربعة أشهر، لم تتغير شهيتها وبقيت طبيعية، وليس لديها غثيان أو إقياء. ولكن خلال الشهرين الماضيين كان لديها تغير في عادات التغوط للإمساك بالتناوب مع نمطها المعتاد والطبيعي، لم تشاهد أي دم في برازها ولم تعاني من أي ألم في البطن، ولا تعاني من أي نزيف بعد انقطاع الطمث. لا توجد قصة عائلية سابقة ذات صلة، ولا تتناول أي دواء. تُدخن 20 سيجارة يوميًا منذ 48 عامًا، وتُشرب 20-28 وحدة من الكحول أسبوعيًا.

■ الفحص السريري:

تبدو السيدة بصحة جيدة بشكل عام باستثناء بعض الشحوب الطفيف. لا يوجد ضخامة في العقد اللمفية، وجميع أعضائها سليمة بما في ذلك الثديين والغدة الدرقية والقلب والصدر والبطن، وبما في ذلك الفحص المستقيم. ضغط الدم 90/148 ملم زئبق.

		الاستقصاءات
		<i>Normal</i>
Hemoglobin	10.1 g/dL	11.7-15.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	76 FL	80-99 FL
White cell counts	$4.9 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$277 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	142 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.4 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	5.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	106 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Urinalysis: no protein, no blood		
Blood film shows a microcytic hypochromic picture.		

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف يتم استقصاء المريض؟

تُظهر الاستقصاءات فقر دم صغير الكريات ناقص الصباغ، السبب الأشيع له عند النساء قبل انقطاع الطمث هو فقد الدم بكميات كبيرة أثناء الدورة الشهرية. أما عند الرجال أو عند النساء بعد انقطاع الطمث فإن السبب الأكثر احتمالاً هو فقدان الدم من السبيل الهضمي.

تعاني هذه السيدة من تغير في عادات التغوط، مما يشير إلى وجود مشكلة في السبيل الهضمي السفلي وإلى تشخيص سرطان القولون والذي يفسر فقد الوزن لديها أيضاً. كشفت حقنة الباريوم عن ورم في القولون السيني، وتم تأكيده من خلال تنظير القولون والخزعة. لم تظهر الصورة البسيطة للصدر أو ايكو البطن أي نقائل رئوية أو ضخامة عقد لمفاوية داخل البطن أو نقائل كبدية.

خضعت السيدة لعملية استئصال القولون السيني مع مفاغرة انتهائية (نهاية إلى نهاية)، وتم متابعتها بانتظام للبحث عن أي دليل على نكس المرض. أظهر الفحص النسيجي أن الورم من الدرجة الأولى.

سرطان القولون يزداد شيوعاً؛ وإذا تم تشخيصه في مرحلة مبكرة فإن فرصة الشفاء تكون جيدة. إن النزيف المستقيمي، وتغير عادات التغوط لمدة تزيد عن شهر واحد في أي عمر، أو فقر الدم الناجم عن عوز الحديد عند الرجال أو عند النساء بعد انقطاع الطمث؛ استطباب لاستقصاء وتقييم الجهاز الهضمي. قد يكون هناك دور للوراثة في سرطان القولون عند الشباب.

يعد التدخين عامل خطر لسرطان القولون.

نقاط مفتاحية



- يمكن أن يظهر سرطان القولون بأعراض أو علامات هضمية قليلة أو معدومة.
- فقر الدم الناجم عن عوز الحديد غير المفسر يستدعي استقصاء السبيل الهضمي العلوي والسفلي.

الحالة 7: الغثيان ونقص الوزن

■ القصة السريرية:

استشار رجل عمره 45 عامًا طبيببه العام بسبب نقص في الشهية وفقدان الوزن منذ 6 أشهر (كان 78 حتى وصل إلى 71 كجم). خلال الأشهر الثلاثة الماضية كان يعاني من غثيان متقطع أشده في الصباح، وفي الأشهر الثلاثة الأخيرة كان الغثيان الصباحي مصحوبًا بالإقياء عدة مرات، كما لاحظ منذ شهر واحد تورما في كاحليه. على الرغم من فقدانه للوزن إلا أنه لاحظ مؤخرًا أن بنطاله أصبح ضيقًا. لم يعاني من آلام في البطن وليس لديه قصة سابقة ذات صلة ولا توجد قصة عائلية معروفة لأنه تم تبنيه من عائلة أخرى، لا يتناول أي دواء. بدأ بالتدخين في سن 18 عامًا حيث يدخن 5-6 سجاير يوميًا ويشرب 15-20 وحدة من الكحول أسبوعيًا. كان يعمل طبًا طوال حياته المهنية، دون استثناء في المطاعم العصرية. يعيش الآن وحيدًا حيث تركته زوجته منذ عام واحد.

■ الفحص السريري:

لديه سحنة حمراء (تبيخ)، وذمة انطباعية في الكاحلين، ويبدو أنه فقد وزنًا من أطرافه وليس من جذعه، لديه تسعة أورام عنكبوتية وعائية أعلى الجذع. معدل النبض طبيعي 92 ضربة في الدقيقة، لا يوجد انتباج وداجي، ضغط الدم الانقباضي 146 مم زئبق والانقباضي 84 مم زئبق، فحص الجهاز القلبي والتنفسي ضمن الطبيعي، البطن منتفخ ولا توجد كتل مجسوسة ولكن هناك أصمية متقلبة ونهز السوائل موجود.

الاستقصاءات

		Normal
Hemoglobin	12.6 g/dL	13.3-17.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	107 FL	80-99 FL
White cell counts	$10.2 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$121 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	131 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.2 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	2.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	101 μ mol/L	70-120 μ mol/L
Calcium	2.44 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.2 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L
Total protein	48 g/L	60-80 g/L
Albumin	26 g/L	35-50 g/L
Bilirubin	25 mmol/L	3-17 mmol/L
Alanine transaminase	276 IU/L	5-35 IU/L
Gamma-glutamyl transaminase	873 IU/L	11-51 IU/L
Alkaline phosphatase	351 IU/L	30-300 IU/L
International normalized ratio (INR)	1.4	0.9-1.2
Urinalysis: no protein; no blood		

❏ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- كيف تدبر هذا المريض؟

لدى هذا الرجل علامات على مرض كبدى مزمن وخاصة الحبن والوذمات، كما أن عدد العناكب الوعائية لديه أكثر من الطبيعي (أكثر من 3). يعتبر إدمان الكحول السبب الأكثر شيوعاً لأمراض الكبد المزمنة، وهذا الرجل أكثر عرضة لذلك بسبب عمله في المطاعم، كما أن أعراض الغثيان والقيء الصباحي نموذجية لإدمان الكحول، إن الإفراط بتناول الكحول بشكل مزمن يفسر مظهره الشبيه بكوشينغ بسبب زيادة إفراز هرمون ACTH. يمكن أن يكون فقر الدم كبير الخلايا ناتج عن نقص فيتامين ب 12 أو ناتج عن التأثير السام المباشر للكحول على نقي العظم، ارتفاع مستوى البيليروبين غير كاف لظهور اليرقان، وقد يكون نقص الألبومين في الدم وتطاوُل INR بسبب ضعف تصنيع الكبد لعوامل التخثر. قد تكون قلة الصفائح بسبب تراكمها في الطحال المتضخم نتيجة ارتفاع توتر الوريد الباب في تشمع الكبد.

ومع ذلك؛ فإن كمية الكحول التي يتناولها المريض قليلة جداً لتتوافق مع تشخيص تشمع الكبد الكحولي، لذا تمت إعادة مناقشة التشخيص مع المريض ليعترف أخيراً أن تناوله للكحول كان على الأقل 40-50 وحدة في الأسبوع لمدة 20 عاماً الماضية، وقد ازداد تناوله للكحول بشكل أكبر خلال العام الماضي بعد انفصاله عن زوجته.

الاستقصاءات الإضافية التي تضمنت قياس أضداد فيروسات التهاب الكبد كانت سلبية، وأظهر إيكو البطن حبن معتدل الكمية، وصغر حجم الكبد وزيادة في طول الطحال من 2-3 سم، لم يكن هناك أي دليل على وجود ورم كبدى؛ تشير هذه النتائج إلى تطور ارتفاع توتر الوريد الباب.

الهدف الأساسي في تدبير هذا المريض هو إقناعه بضرورة الإقلاع عن تناول الكحول، ويمكن تحقيق ذلك من خلال انضمامه إلى وحدة الإدمان على الكحول. يجب أن يشمل التدبير نظاماً لسحب الكحول باستخدام الديازيبام أو الكلورديازيبوكسيد لتخفيف خطر حدوث نوب الصرع الناجمة عن الانسحاب. كما يجب التركيز على التغذية، ويجب إعطاء الثيامين عن طريق الوريد للوقاية من اعتلال الدماغ ليفيرنكه، ويستخدم فيتامين K لتصحيح اضطرابات تخثر الدم. يجب القيام ببزل الحبن في البطن لاستبعاد التهاب البريتوان الجرثومي العفوي (الذي قد يكون لا عرضي).

- يتضمن علاج الحبن اتباع نظام غذائي منخفض الصوديوم واستخدام دواء سبيرونولاكتون.
- يجب إجراء مراقبة يومية لوزن المريض لتحديد حجم فقد+.
- - السوائل.
- يمكن إجراء البزل العلاجي مع التسريب المتزامن للألبومين إذا كان الحبن مقاوماً للمدرات أو شديداً.
- يجب النظر في إجراء تنظير هضمي للمراقبة وربط الدوالي المريئية في هذا المريض، حيث يوجد دليل على ارتفاع توتر الوريد الباب.
- في حال وجود دوالي مريئية يمكن استخدام **البروبرانولول** لتقليل ارتفاع توتر الوريد الباب وللوقاية من تشكل المزيد من الدوالي.

كان حضور هذا المريض لوحدة علاج الإدمان متقطعاً؛ واستمر في شرب الكحول بكثرة، ثم توفي بعد 3 سنوات بسبب نزف ثانٍ من دوالي المريء.

نقاط مفتاحية



- غالبًا ما يحاول المرضى الذين يشربون كميات كبيرة من الكحول إخفاء هذه الحقيقة عند أخذ القصة السريرية منهم.
- لمرض الكبد الكحولي إنذار سيء إذا لم يتم الإقلاع عن تناول الكحول.

الحالة: 8 فقدان الشهية والحمى.

■ القصة السريرية:

عانى شاب عمره 22 عاماً من الشعور بالتعب وفقدان الشهية لمدة أسبوع واحد، تقيأ لمرة واحدة دون وجود دم، ويشعر بالحمى ولكنه لم يقس درجة حرارته. كان يعاني لمدة أسبوعين من آلام في الركبتين والمرفقين والمعصمين دون أي تورم واضح في المفاصل، لم يلاحظ أي تغيير في البول أو البراز.

أصيب منذ خمس سنوات بالحمى الغدية وتم تأكيد إصابته بالتحاليل المصلية. يدخن 25 سيجارة يومياً ويشرب 20-40 وحدة من الكحول أسبوعياً، يتعاطى الماريجوانا والإكستاسي من حين لآخر خلال العامين الماضيين وأقرص وخططات مختلفة في النوادي دون التأكد من مكوناتها وينكر أي تعاطي وريدي للمخدرات، كان لديه علاقات جنسية مثلية غير منتظمة لكنه يقول إنه يستخدم الحماية دائماً وذكر أنه أجرى اختبار فيروس نقص المناعة البشرية وكانت نتيجته سلبية قبل 6 أشهر. لم يسافر إلى الخارج خلال العامين الماضيين وهو عاطل عن العمل ويعيش في شقة مع 3 أشخاص آخرين، لا يوجد قصة عائلية.

■ الفحص السريري:

درجة حرارته 38.6 درجة مئوية ويبدو أنه ليس على ما يرام، يبدو أن لديه القليل من اليرقان، لديه مضض خفيف في الربع العلوي الأيمن من البطن ولا يوجد أية شذوذات في فحص المفاصل أو في أي جهاز آخر.

		الاستقصاءات	
		Normal	
Hemoglobin	14.1 g/dL	13.3-17.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	85 FL	80-99 FL	
White cell counts	$11.5 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$	
Platelets	$286 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Prothrombin time	17s	10-14 s	
Sodium	135 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.5 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	3.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	64 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Bilirubin	50 mmol/L	3-17 mmol/L	
Alkaline phosphatase	376 IU/L	30-300 IU/L	
Alanine aminotransferase	570 IU/L	5-35 IU/L	
Fasting glucose	4.1 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L	

✘ الأسئلة:

- ما هو تفسيرك للنتائج؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما العلاج المطلوب؟

من المرجح أن يكون التشخيص هو التهاب الكبد الفيروسي الحاد، حيث تظهر التحاليل الكيميائية الحيوية أن وظائف الكبد غير طبيعية مع اضطراب واضح في ناقلات الأمين، مما يشير إلى وجود خلل في خلايا الكبد وليس مشكلة انسدادية؛ وقد يكون سبب ذلك التهاب الكبد A أو B أو C. كما يتوافق ارتفاع عدد الكريات البيض مع التهاب الكبد الحاد.

تعتبر المثليّة الجنسيّة وتعاطي المخدرات عن طريق الوريد من عوامل خطر الإصابة بالتهاب الكبد B و C ومن الممكن حدوث عدوى فيروسية أخرى مثل الفيروس المضخم للخلايا وفيروس الهربس البسيط. وبما أن القصة الدوائية غير واضحة فهناك احتمال للإصابة بالتهاب الكبد الدوائي.

تشير الأعراض البادية من ألم المفصل إلى وجود مسبب فيروسي، وهذا أكثر شيوعاً مع التهاب الكبد B. يمكن استخدام الاختبارات المصلية لمعرفة وجود أضداد (IgM) التي تشير إلى الإصابة الحادة بأحد هذه الفيروسات لتأكيد التشخيص، ويمكن أيضاً قياس الحمل الفيروسي.

إن اختبار فيروس نقص المناعة البشرية السلبي المذكور قبل 6 أشهر يجعل الحالة المرافقة لفيروس نقص المناعة البشرية غير محتملة على الرغم من أنه لا يمكن الوثوق بالمرضى دائماً في تواريخ إجرائهم لفحوص فيروس الإيدز، كما ينبغي وضع فيروس HIV المتحول مصلياً في الحسبان.

هذا الرجل مصاب بعدوى التهاب الكبد B الحاد، يتطور اليرقان في حوالي 30% من الحالات، العلاج داعم بشكل أساسي في المرحلة الحادة ولا يتم وصف الأدوية المضادة للفيروسات في الغالبية العظمى من المرضى المصابين بالتهاب الكبد الحاد. يرتفع زمن البروثرومبين لدى هذا المريض قليلاً ولكن ليس بما يكفي ليكون مصدر قلق أو مؤشراً لمرض شديد الخطورة.

يجب قياس وظيفة الكبد لمراقبة مستويات الإنزيم كدليل للتحسن والشفاء ويجب تجنب تناول الكحول وأية أدوية أخرى سامة للكبد حتى تعود وظائف الكبد إلى الطبيعي. المضاعفات النادرة للمرض الحاد هي {القصور الكبدي الصاعق، وفقر الدم اللاتنسجي، والتهاب عضلة القلب، والتهاب الأوعية الدموية}.

ينبغي اغتنام الفرصة لإعطاء النصائح للمريض حول المخاطر المحتملة من تناوله للسجائر والمخدرات والكحول والأمراض المنقولة جنسياً وتقديم المشورة المناسبة له لأنه يمكن لفيروس التهاب الكبد B أن يعيش خارج الجسم لبعض الوقت، وعلى المريض أن ينصح زملائه في السكن بعدم مشاركته شفرات الحلاقة وفرشاة الأسنان ويجب عليهم أن يأخذوا لقاح الكبد B حوالي 5%. فقط من البالغين المصابين بالتهاب الكبد B الحاد سيتطور لديهم إلى الإزمان. إن المرضى الذين يعانون من التهاب الكبد الكحولي ثم يصابون بالتهاب الكبد B للكبد لديهم انذار أسوأ.

نقاط مفتاحية



- غالباً ما يرتبط التهاب الكبد الفيروسي بأعراض بادرية تتمثل بألم مفصلي وأعراض شبيهة بأعراض الأنفلونزا.
- ينبغي البحث عن أدلة مؤكدة وطلب تقارير نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.
- يعد الانتقال الجنسي وتعاطي المخدرات الوريدية من الطرق الرئيسية لانتقال التهاب الكبد B عند البالغين في العالم المتقدم.
- عدوى التهاب الكبد B الحاد هي مرض يجب الإبلاغ عنه في المملكة المتحدة.

■ القصة السريرية:

خضعت امرأة مسنة عمرها 85 عاماً للفحص من قبل طبيبها العام بسبب زيادة التعب لديها خلال الأشهر الستة الماضية، كما فقدت شهيتها وتشعر بالغثيان المستمر وفقدت حوالي 8 كجم من وزنها خلال الأشهر الستة الماضية، وعانت خلال الأسابيع الأربعة الماضية من حكة معممة وتشنجات. تعاني من ارتفاع ضغط الدم لمدة 20 عاماً وتتناول الأدوية الخافضة للضغط منذ ذلك الوقت، تعرضت لنشبتين دماغيتين مما أدى إلى إصابته ببعض الضعف في الجانب الأيسر ونقص القدرة على الحركة. المرأة من أصل أفريقي كاريبي، وقد هاجرت إلى المملكة المتحدة في ستينات القرن الماضي، لديها ابنتان ولكنها تعيش بمفردها وتستخدم خدمة الوجبات، وتذهب لقضاء يوم في المشفى مرتين في الأسبوع.

■ الفحص السريري:

لديها شحوب في الملتحمة، نبضها منتظم/88 دقيقة، ضغط الدم 190/110 ملم زئبقي، توجد وذمة خفيفة في كاحليها. فيما عدا ذلك فإن فحص الجهاز القلبي والتنفسي طبيعي. يظهر الفحص العصبي وجود شلل في العصبون المحرك العلوي الأيسر للوجه مع ضعف خفيف واشتداد في المقوية والمنعكسات في الذراع والساق اليسرى، المريضة قادرة على المشي بالعصا. يُظهر تنظير قعر العين وجود تآكل شرياني وريدي وزيادة في تعرج الشرايين.

		الاستقصاءات	
		Normal	
Hemoglobin	7.8 g/dL	11.7-15.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	84 FL	80-99 FL	
White cell counts	$6.3 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$294 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Sodium	136 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	4.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	46.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	769 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Glucose	4.4 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L	
Albumin	37 g/L	35-50 g/L	
Calcium	1.94 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L	
Phosphate	3.4 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L	
Bilirubin	15 mmol/L	3-17 mmol/L	
Alanine transaminase	23 IU/L	5-35 IU/L	
Alkaline phosphatase	423 IU/L	30-300 IU/L	
Urinalysis: 1 protein; 1 blood			
Blood film: normochromic, normocytic anemia			

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- كيف تستقصي وتدبر هذه المريضة؟

تعاني هذه المريضة من فقدان الشهية والغثيان وفقدان الوزن والتعب والحكة والتشنجات؛ وهذه الأعراض نموذجية للقصور الكلوي في المرحلة النهائية. تؤكد مستويات البولة والكرياتينين المرتفعة وجود القصور الكلوي ولكنها لا تميّز بين الحاد والمزمن. عادة في القصور الحاد يوجد دليل على مرض جهازي أو بعض الأسباب الواضحة الأخرى مثل {استخدام الأدوية السامة للكلية/نوبة طويلة من انخفاض ضغط الدم} بينما في القصور المزمن هناك قصة لفترة طويلة من التعب العام. إذا كانت المريضة قد أجرت تحاليل سابقة لقياس الكرياتينين فستكون مفيدة لمراقبة تطور تدهور وظائف الكلى لديها، كما أن فقر الدم وفرط نشاط جارات الدرق وارتفاع الفوسفاتاز القلوي هي من سمات إزمان القصور الكلوي.

يعود فقر الدم سوي الكريات سوي الصباغ في الغالب إلى عوز الإريثروبويتين (لأن الكلى هي المصدر الرئيسي لإنتاج الإريثروبويتين)، فرط نشاط جارات الدرق هو نتيجة لارتفاع مستويات الفوسفات في الدم بسبب انخفاض تصفية الكلى للفوسفات وانخفاض مستويات فيتامين د (الكلية هي موقع تحويل-25 هيدروكسي كوليالكالسيوم إلى الصورة النشط -1-25ثنائي هيدروكسي كولي كالسيوم)، يمكن للأشعة السينية لليد أن تُظهر المظاهر النموذجية لفرط نشاط جارات الدرق (تآكل السلاميات القاصية وتآكلات تحت السمحاق في الجوانب العبرية للسلاميات الوسطى) أن تساعد في تأكيد القصور الكلوي طويل الأمد.

إن التصوير بالموجات فوق الصوتية للكليتين هو الاستقصاء الأساسي، حيث يحدد حجم الكليتين بدقة ويظهر بعض الأسباب للقصور الكلوي مثل مرض الكلى متعددة الكيسات أو الانسداد المسبب لاستسقاء الكلية ثنائي الجانب. يشير وجود الكليتين غير متناظرتي الحجم إلى اعتلال الكلية بارتجاع البول أو مرض الأوعية الدموية الكلوية. في حالة المريض السابق ظهر بالإيكو أن الكليتين صغيرتان 8 سم تتوافق مع القصور الكلوي المزمن؛ وخزعة الكلى في هذه الحالة ليست مناسبة لأن خزعات الكلى الصغيرة لها خطورة عالية للاختلاط بالزلف، كما أن العينة التي سيتم الحصول عليها ستظهر تليفاً كبيراً وتليفاً خلوياً نبيبياً واسع النطاق وقد لا تحدد المرض الأصلي. قد يكون القصور الكلوي لدى المريض ناتجاً عن ارتفاع ضغط الدم أو التهاب كبيبات الكلى البدئي مثل (اعتلال الكلية بالغلوبولين المناعي IgA)؛ يعتبر الأفريقيون الكاريبيون أكثر عرضة للإصابة بالقصور الكلوي الناتج عن ارتفاع ضغط الدم مقارنة بالمجموعات العرقية الأخرى.

هناك حاجة إلى الأدوية الخافضة للضغط لعلاج ضغط دم المريضة بشكل مناسب، ومثبات الفوسفات عن طريق الفم ومستحضرات فيتامين د للسيطرة على فرط نشاط جارات الدرق الثانوي لديها، وحقن الإريثروبويتين لعلاج فقر الدم. تثير هذه الحالة معضلة ما إذا كان غسيل الكلى مناسباً لهذا المريض.

غسيل الكلى في المستشفى والتحال البريتواني في المنزل هي الخيارات المتاحة. إن عمر المريضة والأمراض المصاحبة لها تمنع زرع الكلى؛ قد تكون المعالجة المحافظة دون غسيل الكلى مناسبة في هذه الحالة.

نقاط مفتاحية



- غالباً ما يصبح قصور الكلى عرضي فقط عندما يكون معدل الترشيح الكبيبي (GFR) أقل من 15 مل / دقيقة، وهو قصور الكلى في المرحلة النهائية.
- تتيح القياسات السابقة للكرياتينين في الدم معرفة معدل تدهور وظائف الكلى.
- الأمواج فوق الصوتية هي المعيار الذهبي في التشخيص.

■ القصة السريرية:

تم إدخال امرأة عمرها 27 عاماً إلى قسم الطوارئ وهي تشكو من ألم في ظهرها، أصيبت بتعب منذ يومين حيث بدأت تعاني من الحمى وألم في ظهرها، وتزايدت شدة الألم تدريجياً، تقيأت مرتين خلال الـ 6 ساعات الماضية. ليس لديها أي سوابق مرضية مهمة باستثناء نوبة من التهاب المثانة منذ 3 أشهر.

■ الفحص السريري:

تبدو متعبة مع توهج في الوجه، حرارتها 39.5 درجة مئوية، ومعدل نبضها 120 نبضة في الدقيقة، ضغط الدم 104/68 ملم زئبقي. فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي طبيعي. بطنها ممتلئ بالكامل ولكن بشكل ملحوظ في كلا الخاصرتين، وأصوات الأمعاء طبيعية.

		الاستقصاءات
		Normal
Hemoglobin	15.3 g/dL	11.7-15.7 g/dL
White cell counts	25.2 × 10 ⁹ /L	3.5-11.0 × 10 ⁹ /L
Platelets	406 × 10 ⁹ /L	150-440 × 10 ⁹ /L
Sodium	134 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.1 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	14.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	106 µmol/L	70-120 µmol/L
Albumin	44 g/L	35-50 g/L
C-reactive protein (CRP)	316 mg/L	<5 mg/L
Urinalysis: ++ protein; +++ blood; ++ nitrites		
Urine microscopy: >50 red cells; >50 white cells		
Abdominal X-ray: normal		

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف يمكنك استقصاء وتدبير هذه المريضة؟

هذه المرأة لديها أعراض وعلامات التهاب حويضة وكلية حاد حيث يعدّ التهاب الحويضة والكلية الحاد أكثر شيوعاً عند النساء من الرجال ويحدث نتيجة لصعود البكتيريا إلى أعلى المسالك البولية. يزيد الحمل ومرض السكري وتثبيط المناعة وتشوهات المسالك البولية من احتمالية الإصابة بالعدوى الصاعدة، يسبب التهاب الحويضة والكلية ألاماً في الخصرة يمكن أن تكون أحادية أو ثنائية الجانب.

التشخيص التفريقي لألم الخصرة يشمل:

- التهاب كبيبات الكلى .
- مرض الكلى المتعدد الكيسات.
- الكلية الإسفنجية للرب.
- متلازمة البيلة الدموية المؤلمة في الخصرة.
- الاعتلال البولي الانسدادي.
- احتشاء الكلى.
- سرطان الخلايا الكلوية.
- تنخر الحليمات الكلوية.
- حصيات الكلى

قد تصل الحمى إلى 40 درجة مئوية مع أعراض مرافقة مثل فقدان الشهية والغثيان والقيء. قد يكون لدى بعض المرضى أعراض سابقة لالتهاب المثانة (عسر التبول وتكرار التبول، والإلحاح البولي، والبيلة دموية) ولكن هذه الأعراض البولية السفلية لا تحدث دائماً في التهاب الحويضة والكلية الحاد؛ سيذكر العديد من المرضى قصة لالتهاب المثانة خلال الأشهر الستة الماضية. قد يتظاهر التهاب الحويضة والكلية لدى المسنين بأعراض غير نوعية أو تخطيط ذهني. يتشابه تشخيص التهاب الحويضة والكلية مع حالات أخرى مثل التهاب الزائدة الدودية الحاد والتهاب المرارة الحاد والتهاب البنكرياس الحاد وذات الرئة في الفص السفلي. عادةً ما يكون هناك مضمض ملحوظ حول الكلى من الأمام والخلف، وقد يؤدي الإنتان الشديد غير المعالج إلى الصدمة الإنتانية.

يتوافق ارتفاع عدد الكريات البيضاء وCRP مع وجود إنتان جرثومي حاد. وتظهر بيلة دموية مجهريّة وبيلة بروتينية وكريات دم بيضاء في البول بسبب الحثية الالتهابية في المسالك البولية. يتم التأكد من وجود الجراثيم في البول عن طريق أرجاعها للنترات إلى النترت.

يجب قبول هذه المريضة وأخذ عينات زرع دم وبول، ويجب البدء بإعطاء السوائل الوريدية والصادات الحيوية الوريدية لحين ظهور نتائج الزرع ثم التحويل إلى صاد حيوي فموي يكون الجرثوم حساساً له. يمكن إعطاء الجنتاميسين والأمبيسيلين أو السيبروفلوكساسين كعلاج أولي. يجب أن يجرى للمريضة تصوير إيكو للكلية لاستبعاد أي دليل على وجود انسداد؛ عند المرضى الذين يعانون من الاعتلال البولي الانسدادي قد يؤدي الإنتان إلى تقبّح في الكلية مع آلام شديدة في الخصرة، حمى، صدمة إنتانية، وقصور كلوي. وإذا وجد دليل بالإيكو على استسقاء الكلية في سياق الإنتان البولي فيجب إجراء فغر الكلية nephrostomy بشكل عاجل لمنع المضاعفات السابقة.

يجب علاج المرضى الذين يعانون من إنتان بولي غير مختلط بالصادات الحيوية لمدة أسبوعين ثم إجراء زرع بول بعد 10 إلى 14 يوماً من انتهاء العلاج لتأكيد القضاء على الإنتان. أما عند المرضى الذين يعانون من إنتان مختلط بسبب الحصيات أو تنبّ الكلى فيجب أن تصل مدة العلاج إلى 6 أسابيع.

نقاط مفتاحية



- قد يظهر التهاب الحويضة والكلية الحاد مع أو بدون أعراض سابقة في المسالك البولية السفلية.
- يجب إجراء إيكو للكليتين خلال 24 ساعة من القبول لاستبعاد الانسداد في المسالك البولية.
- يجب الاستمرار بالصادات الحيوية لمدة أسبوعين على الأقل في حالات التهاب الحويضة والكلية الحاد لتقليل خطر النكس.

■ القصة السريرية:

راجع رجل عمره 64 عاماً طبيباً العام لأنه أصبح يعاني من زيادة في الوزن بشكل مترقّ، حيث ازداد وزنه 8 كجم خلال الأشهر الستة الماضية، لاحظ أنه يبقى جائعاً باستمرار، ووجد أنه يصاب بالكدمات بسهولة ويجد صعوبة في النهوض من كرسيه أو صعود السلالم، كما يشعر بالاكنتئاب ويجد نفسه يستيقظ في الصباح الباكر. لم يكن يعاني من أيّ أمراض جسدية أو نفسية سابقة، وهو عامل منجم متقاعد ويعيش مع زوجته في منزل متلاصق مع منازل أخرى، يدخن 30 سيجارة يومياً ويشرب 15 وحدة من الكحول أسبوعياً.

■ الفحص السريري:

يعاني من زيادة في الوزن وخاصة في منطقة البطن، توجد تشققات أرجوانية على بطنه وفخذه، جلده رقيق وعليه كدمات عفوية. نبضه 76/دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 168/104 ملم زئبقي، توجد وذمة محيطية. عدا ذلك فإن فحص القلب والجهاز التنفسي والبطن طبيعي، فحصه العصبي طبيعي باستثناء بعض الضعف في إبعاد الكتف وثني الورك.

INVESTIGATIONS		Normal
Hemoglobin	13.2 g/dL	13.3-17.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	87 FL	80-99 FL
White cell counts	$5.2 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$237 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	3.3 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	6.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	113 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Albumin	38 g/L	35-50 g/L
Glucose	8.3 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Bilirubin	16 mmol/L	3-17 mmol/L
Alanine transaminase	24 IU/L	5-35 IU/L
Alkaline phosphatase	92 IU/L	30-300 IU/L
Gamma-glutamyl transpeptidase	43 IU/L	11-51 IU/L
Urinalysis: – protein; – blood; ++ glucose		
Chest X-ray: normal		

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف تستقصي وتدبر حالة هذا المريض؟

إن الضعف العضلي الداني والتشنجات والبدانة الجذعية من سمات متلازمة كوشينغ، ويحدث "الوجه القمري" و"حذبة الجاموس" وتضخم الوسادات الدهنية في الحفرة فوق الترقوة بسبب تراكم الدهون، كما يتوافق ارتفاع السكر في الدم ونقص بوتاسيوم الدم مع هذا التشخيص، بالإضافة إلى أنه قد تحدث اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب. يرجع مرض كوشينغ إلى ورم غدي في الغدة النخامية مفرز للهرمون المنبه لقشر الكظر. ACTH إن مصطلح متلازمة كوشينغ أوسع ويشمل مجموعة الاضطرابات الناجمة عن الإفراط في إنتاج الكورتيزول.

أسباب متلازمة كوشينغ:

- إفراز ACTH عن طريق ورم في الخلايا الغدية المحبة للأساس في الفص الامامي للغدة النخامية (يسمى داء كوشينغ).
- إفراز منتبذ (على سبيل المثال من سرطان القصبات) وغالباً ما يطلق كميات كبيرة من الكورتيزول ويؤدي لبداية حادة وسريعة للأعراض.
- ورم حميد بدئي في قشر الغدة الكظرية (يكون ACTH في هذه الحالة مثبّطاً).
- العلاج بالستيروئيدات القشرية وهذا هو السبب الأكثر شيوعاً في الممارسة السريرية اليومية.

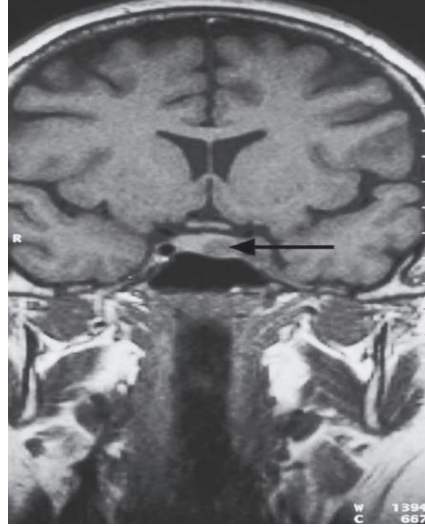
الشكاية الأولية لهذا المريض هي البدانة سريعة الظهور؛ إن الأسباب الرئيسية للبدانة: وراثية / بيئية مثل الإفراط في تناول الطعام وعدم ممارسة الرياضة / هرمونية (قصور الغدة الدرقية، متلازمة كوشينغ، المبيض متعدد الكيسات، وفرط برولاكتين الدم) / متلازمة كوشينغ الكاذبة الناجمة المحرصة بالكحولية.

يجب استقصاء هذا المريض من قبل طبيب الغدد؛ وأول ما يجب إثباته هو أن هذا الرجل لديه إفراز غير طبيعي للكورتيزول، ينبغي أن يوجد فقدان للتوازن النهاري الطبيعي مع ارتفاع لمستوى الكورتيزول في منتصف الليل أو زيادة لطرح الكورتيزول في البول، عادةً ما يؤدي اختبار التثبيط بالديكساميتازون إلى تثبيط إفراز الكورتيزول. ثم يجب استبعاد الأسباب الشائعة للإفراز غير الطبيعي للكورتيزول مثل التوتر، الاكتئاب أو تعاطي الكحول.

إن قياس مستوى ACTH يفرق بين السبب الكظري (ACTH منخفض) والسبب النخامي أو المنتبذ (ACTH مرتفع). يشرب هذا المريض الكحول باعتدال وناقل بيتيداز غاما غلوتامين طبيعي لديه. يبدو أن اكتنابه نتيجة لزيادة الكورتيزول وليس سبباً؛ لأن ليس لديه قصة نفسية.

مستوى ACTH مرتفع لدى المريض لذا يحتمل أن السبب هو سرطان القصبات؛ لأن المريض مدخن شره وكانت بداية متلازمة كوشينغ لديه سريعة، لكن الأشعة السينية للصدر طبيعية.

عند هذا المريض يُظهر التصوير بالرنين المغناطيسي من خلال الغدة النخامية (بمقطع إكليلي في الزمن الأول) ورماً غدياً صغيراً منخفض الإشارة {الصورة 11.1، السهم}. يمكن علاج ذلك بالجراحة أو بالعلاج الشعاعي. إن استئصال الورم عبر الجيب الوتدي هو العلاج المفضل لأنه يشفي المريض ويبقي وظيفة الوطاء والغدة النخامية والكظرية طبيعية.



الصورة 11.1: صورة بالرنين المغناطيسي عبر النخامة.

نقاط مفتاحية



- يجب استبعاد الأسباب الغدية عند المرضى الذين يعانون من البدانة سريعة الظهور.
- العلاج بالستيروئيدات القشرية هو السبب الأكثر شيوعاً لمتلازمة كوشينغ.
- المرضى الذين يعانون من متلازمة كوشينغ الشديدة وسريعة الظهور غالباً ما يكون لديهم إفراز كبير لـ ACTH من ورم منتبذ أو أورام في الغدة الكظرية تفرز الكورتيزول.

■ القصة السريرية:

امرأة عمرها 62 عاماً يشجعها زوجها على استشارة طبيبها العام لأنه يعتقد أنها أصبحت مشوشة ومتهيجة إلى حد ما خلال الأسابيع 3-4 الماضية، تعترف المريضة أنها تشعر بالانفعال إلى حد ما وتجد صعوبة في تذكر القوائم في المناسبات. لا يوجد لديها أي تاريخ طبي ذي صلة.

بالسؤال عن أي أعراض أخرى: اشتكت من بعض آلام الظهر غير النوعية منذ شهرين في المنطقة الصدرية السفلية، لا تتذكر أي رض مسبب للألم، وتزايدت شدة الألم تدريجياً ويخف جزئياً عند تناول الباراسيتامول الإيبوبروفين الذي تشتريه من الصيدلية المحلية. ولاحظت المريضة بعض الانزعاج في البطن والإمساك بسبب تناول هذا الدواء. لا تتناول أي أدوية أخرى ولا تشرب الكحول ولا تدخن.

■ الفحص السريري:

تبدو شاحبة قليلاً، لا يوجد مضض في البطن، أصوات الأمعاء طبيعية، لديها ألم موضعي عند أسفل العمود الفقري الصدري.

INVESTIGATIONS		Normal
Hemoglobin	9.9 g/dL	11.7-15.7 g/dL
White cell counts	$3.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$112 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	140 mmol/L	135-145
mmol/L Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	<10 mm/hr.	96 mm/hr.
Potassium	3.5-5.0 mmol/L	3.8 mmol/L
Urea	7.5 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	131 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Random glucose	5.1 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي الاستقصاءات الأخرى التي ستجريها؟

هناك عدد من الدلائل على وجود مشكلة مهمة؛ حيث تعاني المريضة من تغيرات في الشخصية وآلام في الظهر والبطن والإمساك؛ قد يرتبط ألم البطن والإمساك بالعلاج بالمسكنات الأفيونية وليس الباراسيتامول أو الإيبوبروفين. كما وجد بالاستقصاءات انخفاض في قيم الخضاب والكريات البيض والصفائح، واضطراب خفيف في وظائف الكلية.

تقترح تحاليل الدم وجود مشكلة في نقي العظم وقد تكون مرتبطة بالألم العظمي أسفل العمود الفقري الصدري. إن تغير الشخصية والأعراض البطنيّة مع اكتشاف مشكلة عظمية محتملة يرفع احتمالية وجود فرط كالسيوم الدم، وهو ما يفسر كل هذه الموجودات.

تشمل المظاهر السريرية لفرط كالسيوم الدم:

- العطاش.
 - الارتباك.
 - البوال.
 - انخفاض التركيز.
 - التجفاف.
 - حصيات الكلية.
 - ارتفاع ضغط الدم.
 - الضعف العضلي.
 - قصر القطعة QT على تخطيط القلب.
 - آلام البطن.
 - الغثيان.
 - الإمساك.
 - تغيرات عظمية {التهاب العظم الليفى الكيسي، والأورام البنيّة}.
- ترتبط 90% من حالات فرط كالسيوم الدم بفرط نشاط جارات الدرق البدئي أو الخباثات مثل النقيوم المتعدد (الشائع في هذه الحالة).

الأسباب الأخرى هي:

- الساركويد.
- الإنتاج المنتذب للهرمون في ورم الخلايا الحرشفية في الرئتين.
- فرط نشاط جارات الدرق الثالثي {في القصور الكلوي}.
- الانسمام الدريقي.
- التسمم بفيتامين د.
- مدرات البول الثيازيدية {تسبب فرط كالسيوم معتدل}.
- قصور الغدة الكظرية.
- السل.

إن تثبيط نقي العظم بالاستقصاءات هنا وألم العظام يشير إلى أن السبب الأرجح هو ورم خبيث، يمكن أن يترافق ارتفاع ESR مع أي ورم خبيث منتشر ولكنه مميز للنقيوم المتعدد. الاستقصاءات الأولية مهمة لتأكيد فرط كالسيوم الدم واستقصاء ألم الظهر، وبعد إثبات ارتفاع كالسيوم المصل يجب قياس ألبومين المصل وتصحيح مستوى الكالسيوم عند وجود اضطراب في الألبومين.

قد يساعد مستوى الفوسفات في المصل أيضا لأنه عادةً ما ينخفض في فرط نشاط جارات الدرق ويرتفع في الأورام الخبيثة. في حالة فرط كالسيوم الدم يكون مستوى هرمون جارات الدرق أقل من الطبيعي ما لم يكن هناك فرط نشاط في جارات الدرق.

في هذه الحالة؛ الكالسيوم والفوسفات مرتفعة في الدم، وأظهرت الأشعة السينية للعمود الفقري الصدري والجمجمة {الصورة 12.1} آفات عظمية نموذجية للورم النقوي المتعدد. تُفضّل الأشعة السينية العادية على تصوير العظم بالنظائر المشعة والذي قد لا يظهر النقاط الحارة لتراكم النظائر المشعة في الخلايا بانبات العظم نموذجياً لإصابات خبيثة أخرى.



تمّ تأكيد التشخيص عن طريق الرحلان الكهربائي للبروتين والذي أظهر وجود شريط وحيد النسيلة في منطقة جاما، وعن طريق خزعة نقي العظم التي أظهرت تراكم خلايا بلازمية غير طبيعية.

يحدث النقيوم في حوالي 4_1 من كل 100000 بالغ سنوياً ويتم علاجه بالستيروئيدات وبالعلاج الكيميائي وزرع الخلايا الجذعية. حالات الهجوم شائعة ولكن الشفاء قليل.

الشكل 12.1: صورة بسيطة للجمجمة

نقاط مفتاحية

- أعراض فرط كالسيوم الدم هي: حصيات، أعراض عظمية وبطنية، وأعراض نفسية؛ ولكن قد يتظاهر بأعراض غير نوعية.
- تتطلب آلام الظهر الاستقصاء عندما تترافق بميزات أخرى مثل الأعراض العصبية أو الاستقصاءات التي تشير إلى وجود ورم خبيث أو خمج.

■ القصة السريرية:

تمت إحالة رجل عمره 67 عاماً من قبل طبيبه العام إلى طبيب الأعصاب، تتمثل أعراضه بضعف وهزال عضلات يده اليسرى ويلاحظ أن الضعف يزداد سوءاً بعد استخدام يده (بعد استخدام مفك البراغي على سبيل المثال)، وقد لاحظ أيضاً تشنجات في عضلات ساعده. شعر المريض مؤخراً بإحساس بالاختناق بعد تناول السوائل. في السوابق المرضية نجد أن لديه ارتفاع ضغط الدم منذ 15 عاماً واحتشاء عضلة القلب قبل 3 سنوات، يتناول دواء السيمفاساتين والأسبرين والأتينولول، وهو أستاذ جامعي متقاعد يعيش مع زوجته ولديهما طفلان بالغان، المريض غير مدخن ولكنه يشرب زجاجة من النبيذ أسبوعياً.

■ الفحص السريري:

ضغط الدم 146/88 ملم زئبق، لا يوجد أية شذوذات في الجهاز القلبي الوعائي أو التنفسي أو البطن، يوجد هزال خفيف في عضلات الأطراف العلوية وخاصة في اليد اليسرى، وبعض التقلصات الحزمية في عضلات الساعدين على الجانبين، القوة بشكل عام ضعيفة في اليد اليسرى ومنخفضة قليلاً في اليد اليمنى، مقوية العضلات الطبيعية، منعكس العضلة ذات الرأسين وثلاثية الرؤوس سريعة وثنائية الجانب، لا فقد للحس، يوجد عسر تَلَفَظ طفيف.

☒ الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هو الإنذار؟

هذا الرجل لديه دليل على أذية في العصبون المحرك السفلي في اليدين بسبب وجود الضعف والهزال والتحزيمات، التشخيص الأكثر احتمالاً هو داء العصبون المحرك؛ وهو مرض تنكسي غير معروف السبب يصيب العصبونات المحركة في النخاع الشوكي ونوى الأعصاب القحفية والقشر الحركي. يظهر المرض عادةً بين سن 50 و 70 عاماً.

التظاهر الأشيع هو الضعف والهزال في عضلات اليد أو الذراع؛ والذي يصبح أكثر وضوحاً بعد المجهود، تعتبر التشنجات المؤلمة في عضلات الساعد شائعة في المراحل المبكرة من المرض. قد يعاني المرضى من ضعف في الأطراف السفلية أو عسرة تَلَفَظ أو عسرة بلع. العلامة الجسدية المميزة لهذه الحالة هي **التحزُّمات**، وهي تقلصات سريعة غير منتظمة لأجزاء من العضلات، ناجمة عن زوال تعصيب العصبون المحرك السفلي للعضلات. قد تكون المنعكسات سريعة كما عند هذا المريض بسبب فقد عصبونات القشرة الحركية، لا يوجد فقد للحس.

تنقسم أمراض العصبون الحركي إلى خمسة أنواع:

- التصلب الجانبي الضموري {يصيب العصبون المحرك العلوي والسفلي بشكل شائع}.
- التصلب الجانبي البطني {العصبون المحرك العلوي} .
- الضمور العضلي المتروقي {العصبون المحرك السفلي}.
- الشلل البصلي المتروقي {العصبون المحرك السفلي البصلي}.
- الشلل البصلي الكاذب {العصبون المحرك العلوي البصلي}.

في الحالات المتقدمة يكون التشخيص سهلاً، أما الحالات الباكرة أكثر صعوبة في التشخيص؛ حيث: قد يتم الخلط بين ضعف الأطراف الذي يتفاقم مع التعب والوهن العضلي الوخيم/ عسر البلع وعسر التلغظ لدى كبار السن أكثر شيوعاً بسبب الشلل البصلي الكاذب الناتج عن النشبات الدماغية/ اعتلال النخاع الرقبي سبب شائع آخر لهزال وتحزُّم الأطراف العلوية دون فقد الحس/ قد تؤثر آفات الضفيرة العضدية الناتجة عن الرض أو الارتشاح من ورم قمة الرئة {ورم بانكوست} على ذراع واحدة فقط/ يسبب الاعتلال العصبي المحيطي الحركي السائد نمطاً متناظر ثنائي الجانب من الضعف مع ضعف المنعكسات.

لسوء الحظ فإن مرض العصبون المحرك هو حالة متروقية وغير قابلة للشفاء. يميل المرضى إلى الإصابة بضعف تشنجي في الساقين، ويسبب الشلل البصلي عسر التلغظ وعسر الكلام. عادة لا تتأثر وظيفة المعصرات، وعموماً لا يتأثر التفكير والتذكر.

لا يوجد علاج لهذه الحالة، ومتوسط البقاء منذ بدء الأعراض هو بين 2 و 4 سنوات. يجب إخبار المريض وعائلته بالتشخيص ويجب تقديم الدعم لهم من قبل فريق متعدد التخصصات. مع تقدم المرض وتدهور القدرة على الكلام من الممكن مساعدة المريض بالتواصل عن طريق الأجهزة المرتبطة بالكمبيوتر، قد يكون هناك حاجة إلى فغر المعدة للتغذية لتناول السعرات الحرارية الكافية، يمكن استخدام التهوية غير الباضعة للمساعدة عند حدوث القصور التنفسي. تحدث الوفاة عادة بسبب ذات الرئة والقصات.

نقاط مفتاحية



- يبدأ مرض العصبونات الحركية في أغلب الأحيان بضعف وهزال عضلات يد واحدة.
- من سمات هذه الحالة تحزّم العضلات.
- عدم فقدان الحس يساعد في التشخيص التفريقي.

■ القصة السريرية:

قدمت امرأة عمرها 43 عاماً إلى طبيبها العام بشكاية ازدواج في الرؤية يشتد في المساء خلال الأشهر الثلاثة الماضية، لاحظت صعوبة في رفع رأسها أيضاً وخاصة في المساء، تعاني من مشاكل في إنهاء وجبتها بسبب صعوبة المضغ، ولاحظ زوجها وأصدقائها أن صوتها أصبح أكثر هدوءاً، كما فقدت حوالي 3 كجم من وزنها خلال الأشهر الستة الماضية. لم تعاني من أيّ أمراض سابقة، وتعيش مع زوجها وأطفالها الثلاثة، غير مدخنة وتشرب حوالي 15 وحدة من الكحول أسبوعياً ولا تتناول أيّ دواء.

■ الفحص السريري:

تبدو سليمة، فحص القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي والبطن طبيعي، القوة العضلية في جميع عضلات الجسم طبيعية إلى حد كبير ولكن يبدو أنها تنخفض بعد تكرار اختبار الحركة، المقوية والتنسيق والمنعكسات والإحساس طبيعية، يوجد تدليّ أجفان ثنائي الجانب يتفاقم عند النظر الطويل إلى الأعلى، منعكسات الحدقة وحركات العين وتنظير قاع العين طبيعية.

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- ما هي التشخيص التفريقيّة الرئيسيّة؟
- كيف تستقصي وتدبر هذه المريضة؟

الضعف العام لدى هذه المرأة سببه الوهن العضلي الوخيم، يرجع هذا المرض إلى وجود أضرار لمستقبلات الأسيتيل كولين مما يسبب ضعف النقل العصبي العضلي، يؤثر بشكل مميز على عضلات العين الخارجية والبصليّة والرقبة وحزام الكتف، يصبح الضعف أشد بعد تكرار الحركات حيث يستنزف الأسيتيل كولين من النهايات قبل المشبكية.

عادة ما تكون البداية تدريجية، وغالباً ما يترافق تدليّ الجفون العلوية بشفع العين بسبب ضعف عضلات العين الخارجية، قد يصبح الكلام هادئاً عندما يتعب المريض متعباً وعادة ما تكون الأعراض أسوأ في المساء وتحسن في الصباح .

يتطور الشلل الدائم في نهاية المطاف في بعض المجموعات العضلية، وفي الحالات الشديدة يحدث ضعف في الجهاز التنفسي.

التشخيص التفريقي للضعف العضلي المعمم:

- **داء العصبون المحرك:** يفرّق سريريّاً عن طريق التحزّم العضلي ولاحقاً عن طريق الضعف الملحوظ في العضلات .
- **الحوثل العضلية:** يحدث ضعف عضلي انتقائي في أمراض معينة {مثل الحثل الوجهي الكتفي العضدي} وعادة ما يكون هناك قصة عائلية.
- **الحوثل العضلي التآثري:** يسبب تدليّ الأجناف وضعف العضلة الماضغة والعضلات الصدغية والقصية الترقوية الخشائية وضمور العضلات البعيدة، هناك مظهر مميز للوجه) صلح أمامي ووجه خال من التعابير وحدود غائرة)، قد يكون هناك ضمور في الغدد التناسلية وتخلف عقلي، عادة ما يكون هناك قصة عائلية والتشخيص الذهبي هو تخطيط كهربائية العضلات (EMG).
- **التهاب العضلات:** قد يكون له بداية حادة أو مزمنة، الطفح الجلدي وآلام المفاصل شائعة ومستوى الكرياتين كيناز مرتفع ويشخص بخزعة العضلات.
- **اعتلالات عضلية متنوعة:** الانسمام الدرقي، قصور الغدة الدرقية، كوشينغ، الكحولية .
- **المرافقات غير النقلية للخبائات:** يترافق ورم الغدة التيموسية مع الوهن الوخيم في 10 بالمائة من الحالات؛ وتترافق متلازمة الوهن إيتون لامبرت بسرطان الخلايا الصغيرة في الرئة

يجب فحص هذا المريض من قبل طبيب أعصاب، سوف يُظهر تخطيط العضلات إنهاك العضلة استجابةً للتحفيز المتكرر، يؤدي الحقن الوريدي لمادة الإيدروفونيوم (Tensilon) إلى زيادة القوة العضلية لبضع دقائق يجب فحص الدم بحثاً عن الأجسام المضادة لمستقبلات الأسيتيل كولين (الموجودة بنسبة 90 بالمائة). يجب إجراء التصوير الطبقي المحوري المحوسب للصدر للكشف عن وجود ورم في التيموس أو سرطان الرئة .

الستيروئيدات القشرية هي الأدوية المختارة للعلاج، أما أدوية مضادات الكولينستراز تعمل على تحسين قوة العضلات بشكل كبير ولكن لها العديد من الآثار الجانبية. ينبغي النظر في استئصال الغدة التيموسية حيث يكون هذا أكثر فعالية خلال 5 سنوات من التشخيص وفي حالة عدم وجود ورم تيموسي.

نقاط مفتاحية



- الوهن العضلي الوبيل هو سبب للضعف العضلي غير الطبيعي .
- في مراحله الأولية يؤثر على مجموعات عضلية مميزة معينة.

■ **القصة السريرية:**

شوهده رجل عمره 35 عاماً في قسم الطوارئ بسبب معاناته من ألم وتورم في الركبة اليمنى تطور بسرعة على مدى 36 ساعة الماضية، لا يوجد قصة رض على الركبة أو شكايات مفصالية سابقة، يشعر بتعب بشكل عام ولاحظ أيضاً أن عينيه تؤلمانه. ليس لدى الرجل أي أمراض سابقة معتبرة، وهو متزوج وأب لطفلين، غير مدخن ولكنه يشرب حوالي 15 وحدة من الكحول أسبوعياً، مهنته هي رجل أعمال وعاد منذ 3 أسابيع من رحلة عمل إلى تايلاند.

■ **الفحص السريري:**

درجة حرارته 38 درجة مئوية، كلتا العينين حمراوان، يوجد بقع طفح جلدي بني على راحتيه وأخمص قدميه. فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي والبطن والجهاز العصبي ضمن الطبيعي، ركبته اليمنى متورمة وساخنة وممضعة مع تحدد حركة العطف، بقية المفاصل طبيعية.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	13.8 g/dL	13.3-17.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	87 FL	80-99 FL	
White cell counts	13.6 × 10 ⁹ /L	3.9-10.6 × 10 ⁹ /L	
Platelets	345 × 10 ⁹ /L	150-440 ×	
10 ⁹ /L Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	64 mm/h	<10 mm/h	
Sodium	139 mmol/L	135-145	
mmol/L			
Potassium	4.1 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	5.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	94 µmol/L	70-120 µmol/L	
Urinalysis: no protein; no blood; no glucose			
Blood cultures: negative			
X-ray of the knee: soft-tissue swelling around joint			

☒ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص وما هي التشخيصات التفريقية الرئيسية؟
- كيف يمكنك استقصاء وتدبير هذا المريض؟

هذا المريض لديه اعتلال مفصل وحيد وطفح جلدي وعيون حمراء، تظهر الاستقصاءات ارتفاع عدد الخلايا البيضاء وسرعة تثقل الكريات الحمر، التشخيص لدى هذا الرجل هو التهاب المخاطيات والتهاب المفصل التالي للإنتان وغالبا ما يتم اختصاره باسم التهاب المفاصل الارتكاسي المعروف أيضا باسم **متلازمة رايتز**، يظهر هذا المرض بثلاثي كلاسيكي من الأعراض (على الرغم من أن الأعراض الثلاثة قد لا تكون موجودة دائما):

- ✓ التهاب المفاصل سلبي المصل الذي يؤثر بشكل رئيسي على مفاصل الأطراف السفلية.
- ✓ التهاب الملتحمة.
- ✓ التهاب الإحليل غير النوعي NSU.

قد يكون المسبب هو التهاب الإحليل غير السيلاني (المتدثرة الكلاميدية) أو بعض الإنتانات المعوية (السالمونيلا، الشيغيلا، يريسنيا والعطيفة)، من المحتمل أن يكون المريض قد أصيب بالتهاب إحليل غير نوعي بعد الممارسة الجنسية في تايلاند لأنه عند السؤال المباشر اعترف بوجود مفرزات من الإحليل. بشكل نموذجي يكون التهاب المفاصل الحاد أحادي المفصل ولكنه قد يتطور إلى التهاب مفاصل مخزّب مزمن وناكس يؤثر على الركبتين والقدمين ويسبب التهاب في المفصل العجزي الحرقفي والتهاب الفقار، وقد يحدث التهاب الأوتار والتهاب اللقافة الأخصوية. إن احمرار العينين ناتج عن التهاب الملتحمة والتهاب العنبة الأمامي ويمكن أن ينكس مع تقاوم التهاب المفاصل. الطفح الجلدي على السطوح الراحية هو الطفح البقعي البني المميز لهذه الحالة: التقران الجلدي النزفي. تشمل السمات الأخرى لهذا المرض والتي تظهر أحيانا: انحلال الأظافر والتهاب الحشفة الدائري. قد تحدث مظاهر جهازية مثل التهاب التامور والتهاب الجنب والحمى وضخامة العقد اللمفية وعادة ما يكون معدل سرعة التثقل مرتفعاً.

التشخيص التفريقي للتهاب الحاد وحيد المفصل:

- التهاب المفاصل بالمكورات البنية: يسبب في بعض الأحيان التهاب عديد المفاصل في المفاصل الصغيرة في اليدين والمعصمين مع طفح جلدي بثري.
- التهاب المفصل الإنتاني الحاد: يبدو المريض بحالة عامة سيئة بسبب الإنتان ويكون الجلد فوق المفصل أحمر للغاية.
- التهابات المفاصل الأخرى سلبية المصل: التهاب الفقار اللاصق، اعتلال المفاصل الصدافي.
- التهاب المفاصل الفيروسي: عادة متعدد المفاصل.
- التهاب المفاصل الرثياني الحاد: عادة متعدد المفاصل.
- النقرس الحاد: يؤثر بشكل شائع على المفاصل المشطية السلامية.
- النقرس الكاذب: الناجم عن بلورات بيروفوسفات الصوديوم؛ غالباً ما يصيب المفاصل الكبيرة في المرضى الأكبر سناً.
- داء لايم: الناجم عن عدوى بوريليا بورغدرفي المنتقلة عن طريق لدغة القراد، قد يظهر له طفح جلدي مميز: الحمامي المزمنة الهاجرة.
- التهاب المفاصل النزفي: عادة ما يوجد قصة رض أو اضطراب نزفي.

يجب أن يؤخذ من المريض مسحات من الإحليل لاستبعاد الإصابة بالكلاميدية والمكورات البنية وإعطاء الصادات الحيوية المناسبة، ويجب بزل ركبته؛ حيث ستستبعد صبغة غرام الإنتان القيحي، ويمكن الفحص بالمجهر ثنائي الانكسار للبحث عن بلورات حمض البول أو البيروفوسفات. يجب إعطاء المريض مضادات الالتهاب غير الستيرويدية لتسكين الألم وقد يحتاج إلى حقن ستيروئيد داخل المفصل أو لبريدنيزولون فموي، ويستخدم سلفاسالازين في الحالات المقاومة. إذا حصل نكس للمرض فيجب إحالته إلى طبيب أمراض مناعية وينبغي إحالته هو وزوجته إلى عيادة الأمراض المنتقلة بالجنس للحصول على استشارة وفحص فيما يتعلق بالأمراض الأخرى التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، مثل التهاب الكبد وفيروس نقص المناعة البشرية والزهري.

نقاط مفتاحية



- الأسباب الأكثر احتمالاً لالتهاب مفصل كبير وحيد وحاد هي التهاب المفاصل الإنتاني و التهاب المفاصل سلبي المصل.
- يجب التعرف على التهاب المفاصل الإنتاني ومعالجته كحالة طبية طارئة لأنه قد يسبب تخرّباً سريعاً للمفصل وإنتان دم.

■ القصة السريرية:

جاءت امرأة مسنة عمرها 80 عاما إلى طبيبها العام تشكو من ألم وتورم في ركبتها اليسرى منذ يومين، وتقول إن الركبة حاليا ساخنة ومتورمة ومؤلمة عند الحركة. في الماضي كان لديها التهاب مفاصل تنكسي خفيف في الوركين، وتعاني بعض الأحيان من حرقنة خلف القص وعسر هضم. خضعت لفحص طبي قبل 6 أشهر وقيل لها إن كل شيء على ما يرام باستثناء بعض الارتفاع في ضغطها الذي كان 102/172 مم زئبق وفي مستوى الكرياتينين الذي كان على الحد الأعلى الطبيعي. تمت إعادة قياس ضغط الدم عدة مرات خلال الأسابيع ال 4 التالية ووجد أنه مازال مرتفعا لذا بدأت العلاج ب 2.5 ملغ من بندروفلوميثازيد وكانت آخر قراءة لضغط الدم 84/148 مم زئبق. لا يوجد قصة عائلية ذات صلة، لم تدخن أبدا ولكن متوسط استهلاكها للكحول أربع وحدات في الأسبوع، تتناول الباراسيتامول من حين لآخر لتسكين آلام الورك.

■ الفحص السريري:

ضغط الدم 86/142 مم زئبق، درجة الحرارة 37.5 درجة مئوية، النبض 88 / دقيقة، يوجد اعتلال شبكية من الدرجة الثانية ناجم عن ارتفاع ضغط الدم، لا موجودات مهمة بالفحص القلبي الوعائي أو التنفسي. تظهر في اليدين عقد هيردن فوق المفاصل السلامية البعيدة، الركبة اليسرى ساخنة ومتورمة مع دليل على انصباب في المفصل وهو إيجابية نهز الرضفة، يوجد ألم عند العطف بعد 90 درجة؛ أما الركبة اليمنى فتبدو طبيعية.

تم إجراء الأشعة السينية للركبتين ، وتظهر النتيجة في الشكل 16.1.

الاستقصاءات:		
	Normal	
Hemoglobin	12.1 g/dL	11.7-15.7 g/dL
White cell counts	12.4 × 10 ⁹ /L	3.5-11.0 × 10 ⁹ /L
Platelets	384 × 10 ⁹ /L	150-440 ×
10 ⁹ /L Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	48 mm/h	<10 mm/h
Sodium	136 mmol/L	135-145
mmol/L		
Potassium	3.6 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	7.3 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	116 µmol/L	70-120 µmol/L
Glucose	10.8 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L



الأسئلة: ✖

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هو التدبير المناسب؟

صورة 16.1: صورة بسيطة للركبتين.

الصورة السريرية هي من مظاهر التهاب المفاصل الوحيد الحاد، لدى المريضة قصة لبعض آلام الورك ولكن هذه الآلام وعقد هيردن شائعة عند امرأة عمرها 80 عاماً وترتبط بالتهاب المفاصل التنكسي. تظهر تحاليل الدم ارتفاع عدد الخلايا البيضاء وسرعة التثقل وارتفاع نسبة السكر في الدم، وظائف الكلى على الحد الأعلى للطبيعي.

التشخيص التفريقي للألم في الركبة:

يشمل التشخيص التفريقي: الرضوض/ التهاب المفاصل الإنتاني/ النقرس/ النقرس الكاذب.

إن الإدخال الحديث لمدر البول الثيازيدي لعلاج ارتفاع ضغط الدم يزيد من احتمال الإصابة بالنقرس؛ يحدث النقرس الكاذب بسبب ترسب بلورات بيروفوسفات الكالسيوم ومن المتوقع أن يظهر تكلسا في الغضروف المفصلي في مفصل الركبة؛ بينما تظهر الأشعة السينية هنا بعض التضيق في المسافة المفصالية ولا يوجد دليل على التكلس في الغضروف المفصلي. تتوافق الحمى وارتفاع عدد الخلايا البيضاء وسرعة تثقل الخلايا الحمر مع النقرس الحاد. قد يكون ارتفاع سكر الدم من الآثار الجانبية لمدرات البول الثيازيديّة وإذا استمر بعد تحسن التهاب المفاصل الحاد فقد يحتاج إلى علاج. إن حدوث النقرس بسبب الثيازيدات أكثر احتمالا لدى النساء المسنات وخاصة في وجود قصور كلوي وداء سكري. قد يشمل المرض اليدين، قد يكون متعدد المفاصل، وقد يؤثر على عقد هيردن الموجودة.

من المحتمل أن يرتفع مستوى حمض البول في الدم ولكنه يحدث عادة دون دليل على النقرس الحاد، لذا فإن الاستقصاء النهائي هو بزل المفصل وإرسال السائل للزرع والفحص مع التحديد في الطلب: "فحص البلورات"، من المتوقع وجود ارتفاع في عدد الخلايا البيضاء في التهاب المفاصل الحاد، ويتم التشخيص برؤية بلورات حمض البول إبرية الشكل ثنائية الانكسار بشكل سلبي تحت الضوء المستقطب، على عكس بلورات الانكسار الإيجابي لبيروفوسفات الكالسيوم.

في هذه الحالة يخف الألم المفصلي جزئياً بعد البزل، ويجب العلاج بمضادات الالتهاب غير الستيرويدية مع مثبت مضخة البروتون نظراً لوجود قصة حرقة في المعدة وعسر هضم لدى المريضة. تم تغيير المدر الثيازيدي إلى مثبت الإنزيم المحول للأنجيوتنسين كعلاج لارتفاع ضغط الدم؛ للتخلص من ارتفاع الغلوكوز، ويمكن أيضاً استخدام كورس قصير من بريدينزولون في النقرس الحاد. يمكن التفكير في مثبطات الكزانثين أو أكسيداز مثل ألوپورينول إذا بقي مستوى اليورات المصلي مرتفعاً أو لم تستقر الحالة بعد إيقاف المدر الثيازيدي.

نقاط مفتاحية



- تعد القصة الدوائية الدقيقة جزءاً أساسياً من القصة.
- قد تسرع مدرات البول الثيازيدية من حدوث السكري والنقرس وخاصة عند كبار السن.

الحالة: 17 سهولة التكم

■ القصة السريرية:

تشكو امرأة عمرها 68 عامًا لطبيبها العام من ظهور كدمات عفوية على ساقها خلال الأسابيع 3 الماضية، لا تستطيع المريضة تذكر أي رضوض، وعانت من نزف غزير من الأنف، تشعر بالتعب الشديد وتلاحظ ضيق في التنفس عند بذل الجهود. لا يوجد سوابق مرضية مهمة ولا يوجد قصة عائلية لاضطراب نزفي، غير مدخنة وتشرب كمية قليلة من الكحول في المناسبات الاجتماعية.

■ الفحص السريري:

بالفحص هناك مناطق متعددة من الفرورية على الساقين وبدرجة أقل على البطن والذراعين، متنوعة في اللون من الأسود الأرجواني إلى الأصفر، المريضة شاحبة مع شحوب في الملتحمة. يوجد حويصلان مملوءان بالسائل في الفم وهناك نزف عفوي من اللثة، يوجد عدة نزوف صغيرة في الشبكية بتنظير قعر العين، ضغط الدم 72/118 مم زئبق، لا يوجد ما يلفت الانتباه في الفحص القلبي الوعائي والجهاز التنفسي والبطن.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	5.8 g/dL	11.7-15.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	83 FL	80-99 FL
White cell counts	$14.1 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$9 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	139 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.6 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	4.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	85 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	4.3 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Clotting screen: normal		

⊠ الأسئلة:

- ما هو التشخيص التفريقي؟
- كيف يمكنك إجراء المزيد من الاستقصاءات وتدبير هذا المريض؟

يسمى اجتماع فقر الدم وقلة العدلات ونقص الصفيحات: نقص الخلايا الشامل، وتشمل الأسباب فقر الدم اللاتنسجي/ نقص فيتامين ب 12 أو حمض الفوليك/ الأورام الدموية الخبيثة مثل عسر تنسج النقي أو ابيضاض الدم /السل.

تعاني هذه المرأة من كدمات عفوية ناتجة عن الالبيضا النقي الحاد (AML) ولديها نقص شديد في الصفيحات حيث يبلغ عددها حوالي 9×10^9 في اللتر، قد يكون الميل للنزف والكدمات بسبب اضطراب في الصفيحات أو في عملية التخثر أو الأوعية الدموية. إن اضطرابات الصفيحات وجدر الأوعية تسبب فرغيات في الجلد والأغشية المخاطية بشكل عفوي أو بعد الرضوض مباشرة.

إن عدم وجود قصة رض للكدمات الشديدة المتكررة يزيد من احتمال حدوث أهبة النزف. عادة ما تسبب اضطرابات وظيفة الصفيحات نزفا فوريا بينما تسبب اضطرابات التخثر أوراما دموية ونزفا بعد فترة زمنية من المرض. يمكن أن يصنف عمر بداية النزيف بين السبب الخلقي والمكتسب للنزف؛ حيث يشير ظهور النزوف في وقت متأخر من الحياة إلى مرض مكتسب، قد تشير القصة العائلية لوجود مرض مثل الناعور، وقد يدل توزع الكدمات أيضا إلى التشخيص؛ حيث تظهر فرغيات نقص الصفيحات بشكل أكثر وضوحا على الكاحلين ومناطق الضغط، ويحدث نزف الشبكية بحال وجود نقص حاد في الصفيحات مع فقر دم، تتوضع فرغية الشبكية والكدمات التي يسببها الستيرويد بشكل رئيسي على الساعدين وظهر اليدين، أما فرغية هينوخ-شونلاين فتظهر على السطوح الباسطة للأطراف والأرداف، يسبب الاسقربوط نزفاً من اللثة وحول بصيلات الشعر و يمكن أن تؤدي الإصابة غير الرضية عند الأطفال لحدوث كدمات. من المهم معرفة القصة التغذوية والدوائية؛ حيث تشمل الأدوية التي يمكن أن تسبب الكدمات مضادات التخثر والأدوية المضادة لالتصاق الصفيحات والستيروئيدات.

التمشحات هي نزوف شعرية صغيرة تتطور بشكل مميز في مجموعات في مناطق تزايد الضغط الوريدي مثل الأجزاء السفلية من الجسم، وهي أصغر الأفات النزفية (بحجم رأس الدبوس) وتشير إلى اضطراب في عدد الصفيحات وظيفتها. الفرغيات أكبر حجماً وشكلها غير ثابت وتقتصر على النزف في الأنسجة تحت الجلد؛ يمكن رؤية الفرغيات في مجموعة متنوعة من اضطرابات النزف بما في ذلك نقص الصفيحات واضطرابات التخثر، ويمكن رؤية فرغية واضحة في الامراض الوعائية مثل فرغية هينوخ-شونلاين.

ابيضاض الدم النقي الحاد (AML) هو الالبيضا الأكثر شيوعا لدى البالغين ويكون متوسط العمر 65 سنة عند ظهور الأعراض، يعاني المصابون عموماً من أعراض مرتبطة بمضاعفات نقص الكريات الشامل (مثل فقر الدم، قلة العدلات، نقص الصفيحات) بما في ذلك الضعف والزلة التنفسية والتنفس وسرعة التعب والإنتانات المتفاوتة في الشدة، و / أو الموجودات النزفية مثل نزف اللثة أو الكدمات أو الرعاف أو غزارة الطمث. سيكون لدى معظم المرضى أورومات في لطاحة الدم المحيطة ويتم تأكيد التشخيص من خلال نتائج فحص نقي العظم؛ يجب أن تمثل الأرومات 20% على الأقل من إجمالي الخليوية في عينة نقي العظم.

يجب إحالة هذا المريض مباشرة إلى وحدة أمراض الدم. وبالنسبة لنقل الصفائح يتم عادة إذا كان هناك نزيف مهم أو كان تعداد الصفائح أقل من $10^9 * 15$ في اللتر لمنع حدوث نزف عفوي كبير. الاستقصاءات المبدئية هي فحص لطاخة الدم المحيطية وإجراء بزل نقي العظم.

نقاط مفتاحية



- يمكن أن تساعد القصة المفصلة والفحص في تشخيص سهولة التكدّم، يجب سؤال المريض عن ارتباط الكدمات بالرض، وموقع وشدة الكدمات، وقصة النزف عند عمليات سابقة، والتغذية، واستخدام الأدوية، والقصة العائلية.
- يشمل التشخيص التفريقي لنقص الخلايا الشامل مع وجود أرومات محيطية: ابيضاض الدم النقوي الحاد، وخلل تنسج النقي، والنوبة الأرومية من ابيضاض الدم النقوي المزمن، و ابيضاض الدم الحاد من النمط الظاهري المعقد، ونقص حمض الفوليك أو عوز B12 والسل الدخني.

■ **القصة السريرية:**

راجعت امرأة عمرها 63 عاما طبيبها العام بشكاية تعب شديد، تعاني من الإرهاق بشكل متزايد خلال العام الماضي وتطور لديها في الأسابيع الأخيرة ضيق نفس عند بذل الجهود وشعرت بالدوار واشتكت من الصداع، كما أصبح لديها خدر في قدميها وبدأت تقلق على ذلك. لم تعاني من أمراض سابقة مهمة، وهي معلمة متقاعدة تعيش بمفردها وكانت نشيطة حتى آخر سنتين حيث كانت تمشي 3 أو 4 أميال في اليوم، غير مدخنة وتشرب حوالي 15 وحدة من الكحول في الأسبوع، لا تتناول أي دواء بشكل منتظم؛ تعاني والدتها وإحدى شقيقتها من مشاكل في الغدة الدرقية.

■ **الفحص السريري:**

شحوب في الملتحمة، الصلبة صفراء، درجة حرارتها 37.8 درجة مئوية، معدل النبض 96 / دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 72/142 مم زئبق، فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي والبطن ضمن الطبيعي، لديها ضعف قاص متناظر يؤثر على ذراعيها وساقها وغياب منعكس الرضفي ومنعكس وتر أشيل ونجد أن الاستجابة الأخصوية لها بالانبساط (بابنسكي)، لديها فقد حسي بتوزع القفازات والجوارب مع فقدان شديد وواضح لحس وضعية المفصل.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	4.2 g/dL	11.7-15.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	112 FL	80-99 FL
White cell counts	$3.3 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$102 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	136 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.4 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	5.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	92 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	4.4 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Bilirubin	45 mmol/L	3-17 mmol/L
Alanine transaminase	33 IU/L	5-35 IU/L
Alkaline phosphatase	263 IU/L	30-300 IU/L

☒ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكنك استقصاء المريضة وتدبيرها؟

تعاني هذه المريضة من فقر الدم كبير الكريات وعلامات عصبية بسبب نقص فيتامين ب 12. تتضمن التشخيص البديلة قصور الغدة الدرقية أو نقص حمض الفوليك. هناك قصة عائلية لمرض الغدة الدرقية ومع ذلك فإن فقر الدم شديد جدا بالنسبة لقصور الغدة الدرقية؛ كما أن قصور الغدة الدرقية أو نقص حمض الفوليك لا يفسر العلامات العصبية.

التشخيص التفريقي لفقر الدم كبير الخلايا:

- عوز حمض الفوليك.
- الاستهلاك المفرط للكحول.
- قصور الغدة الدرقية.
- أدوية معينة، مثل الأزوثيوبرين والميثوتريكسات.
- فقر الدم بأرومات الحديدية المكتسب البدئي ومتلازمات خلل التنسج النقوي.

يؤدي فقر الدم إلى انخفاض أكسجة الأنسجة وتشمل الأعراض الصداع والتعب وضيق التنفس والدوخة، غالباً ما يوجد شحوب في الأغشية المخاطية. يؤدي النقص الشديد في فيتامين ب 12 إلى اعتلال الأعصاب المحيطية ولتنكس تحت حاد في الأعمدة الخلفية والسبل الهرمية في النخاع الشوكي مما يتسبب في فقد الحس وزيادة صعوبة المشي. ينتج عن اعتلال الأعصاب المحيطية وإصابة السبل الهرمية اجتماع غياب المنعكس الكاحلي وبسط المنعكس الأخصصي، وفي أشد أشكاله قد يؤدي إلى الشلل النصفي والضمور البصري والخرف.

يصنع فيتامين ب 12 بواسطة الأحياء الدقيقة ويتم الحصول عليه بتناول المنتجات الحيوانية أو النباتية الملوثة بالبكتيريا، بعد تناوله يرتبط بالعامل الداخلي الذي يتم تصنيعه من قبل الخلايا الجدارية المعدية، ثم يتم امتصاص هذا المركب في اللفائفي النهائي. السبب الأكثر شيوعاً لنقص فيتامين ب 12 هو السبب المعدي (فقر الدم الوبيل بسبب التهاب المعدة الضموري المناعي الذاتي / استئصال المعدة التام) ثم فرط نمو البكتيريا في الأمعاء الدقيقة حيث تخرب العامل الداخلي، أو سوء الامتصاص من الدقاق النهائي (بسبب الاستئصال الجراحي أو داء كرون).

فقر الدم الوبيل هو السبب الأكثر احتمالاً لنقص فيتامين ب 12 لدى هذا المريض، حيث أنه أحد أمراض المناعة الذاتية وينتج الأضداد التي تثبط ارتباط العامل الداخلي بفيتامين ب 12 في المعدة فتمنع امتصاص فيتامين ب 12 في الدقاق النهائي (لأنه غير مرتبط بالعامل الداخلي). في فقر الدم الوبيل قد يرتفع الحجم الوسطي الكريات الحمر إلى 100-140 FL ، وتظهر الخلايا الكبيرة بيضاوية على لطاخة الدم.

ويكون عدد الخلايا الشبكية منخفض بشكل غير متناسب مع درجة فقر الدم، عادة ما ينخفض عدد الكريات البيضاء بشكل معتدل، ويكون هناك البيليروبين المصلي مرتفع بشكل طفيف غالباً مما يمنح المريض سحنة "صفراء ليمونية".

يجب أن تؤخذ القصة التغذوية بشكل دقيق لأن النباتيين بشكل غالباً ما يعانون من نقص فيتامين ب 12 تحت سريري. يجب قياس مستويات فيتامين ب 12 في الدم وحمض الفوليك وأضداد العامل الداخلي

والخلايا الجدارية، تعتبر أعداد العامل الداخلي نوعية لفقر الدم الوبيل ولكنها موجودة في حوالي 50% من الحالات فقط، وتوجد أعداد الخلايا الجدارية عند 85-90% من المرضى المصابين بفقر الدم الوبيل ولكنها قد توجد أيضا عند وجود أسباب أخرى لالتهاب المعدة الضموري. يميز اختبار امتصاص B12 المشع (اختبار شيلينغ) أسباب نقص الفيتامين (معدية أم معوية). إن التصحيح السريع لفيتامين ب 12 ضروري (باستخدام هيدروكسي كوبالامين العضلي) لمنع قصور القلب ولمنع ترقى الأذية العصبية.

التشخيص التفريقي لفقر الدم كبير الخلايا:

- عوز حمض الفوليك.
- الاستهلاك المفرط للكحول.
- قصور الغدة الدرقية.
- أدوية معينة (مثل الأزوثيوبرين والميثوثريكسات).
- فقر الدم بأرومات الحديدية المكتسب البدئي ومتلازمات خلل التنسج النقوي.

نقاط مفتاحية



- قد يحدث نقص فيتامين ب 12 لدى النباتيين بشكل كامل والذين لا يتناولون منتجات الألبان.
- العلامات العصبية النموذجية هي ضعف حس الوضعة والاهتزاز في الساقين، وغياب المنعكسات، والمنعكس الأخصي بالبسط.
- يجب تجنب الإفراط في نقل الدم لأنه قد يؤدي إلى قصور قلب إذا كان السبب نقص فيتامين ب 12.

الحالة: 19 حمى لمدة ثلاثة أيام

■ القصة المرضية:

شكا شاب عمره 24 عاما إلى طبيبه العام معاناته من حمى المتكررة منذ 3 أيام؛ في اليوم الأول شعر برعشة بسيطة ولكن بحلول اليوم الثالث شعر بتعب شديد مع الحمى مع شعور بالبرد الشديد ورعشة معممة في نفس الوقت ثم تعرق شديد، استمرت النوبة لمدة 2.5 ساعة شعر بعدها بالإرهاق والإعياء ثم فقد شهيته. في السوابق المرضية لديه التهاب كبد قبل 4 سنوات، وحمى غدية في سن 18 عاما، يدخن 15-20 سيجارة كل يوم ويستنشق الماريجوانا أحيانا، ينفي أي تعاطي للمخدرات الوريدية، يشرب حوالي 14 وحدة من الكحول كل أسبوع، لم يتناول أي دواء باستثناء الوقاية من الملاريا، لديه عدد من العلاقات الجنسية في كل عام ويقول إن جميعها كانت من الجنس المحمي وينفي أي علاقات جنسية مثلية، عاد من نيجيريا منذ 3 أسابيع وكان على وشك الانتهاء من نظامه الوقائي لمكافحة الملاريا؛ كان في نيجيريا لمدة 6 أسابيع كجزء من عمله في شركة نفط ولم يعاني من أي أمراض أثناء وجوده هناك.

■ الفحص السريري:

يبدو مريضًا، نبضه 94 / دقيقة، ضغط الدم 72/118 ممز، لا توجد نفخات قلبية، الفحص التنفسي طبيعي، مضمض خفيف في البطن في الربع العلوي الأيسر، لا ضخامات عقد لمفية.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	11.1 g/dL	13.7-17.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	97 FL	80-99 FL	
White cell counts	$9.4 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$	
Neutrophils	$6.3 \times 10^9/L$	$1.8-7.7 \times 10^9/L$	
Lymphocytes	$2.9 \times 10^9/L$	$1.0-4.8 \times 10^9/L$	
Platelets	$112 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Sodium	134 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	4.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	4.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	74 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Alkaline phosphatase	76 IU/L	30-300 IU/L	
Alanine aminotransferase	33 IU/L	5-35 IU/L	
Gamma-glutamyl transpeptidase	42 IU/L	11-51 IU/L	
Bilirubin	28 mmol/L	3-17 mmol/L	
Glucose	4.5 mmol/L	4.0-6.0	
mmol/L Urine: no protein; no blood; no sugar			

☒ الأسئلة:

- ما هي الشذوذات التي قد توجد في لطاخة الدم؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟ وما خطة التدبير المناسبة؟

يوجد ارتفاع في البيليروبين مع أن إنزيمات الكبد طبيعية، وفقر دم خفيف مع متوسط حجم كريات على الحد الأعلى للطبيعي، ونقص عدد الصفيحات؛ هذا يجعل فقر الدم الانحلالي وارداً، كما أن السفر الأخير إلى نيجيريا يرفع احتمال الإصابة بمرض مكتسب هناك، إن أكثر الأمراض شيوعاً التي تسبب الحمى في الأسابيع التالية للعودة هي الملاريا (عادة ما تكون فترة الحضانة 12-14 يوماً، وتكون أطول عند الأفراد شبه المنعيين والأشخاص الذين تناولوا علاجاً وقائياً غير كافٍ)، إن فقر الدم الانحلالي الخفيف مع انخفاض عدد الصفيحات هو من الموجودات النموذجية، قد يحدث تضخم طفيف في الكبد والطحال بعد بضعة أيام في المرضى غير المنعيين عند إصابتهم بالملاريا.

يجب تأكيد التشخيص عن طريق فحص الخبراء الدقيق للطاخة الدم.

الميزة الأكثر أهمية في حالة هذا الرجل البالغ من العمر 24 عاماً هي الحمى والتي تبدو شديدة، ليس لديه أعراض نوعية أخرى، ويبدو أنه ليس على ما يرام مع تسرع قلب ومضض خفيف في الربع العلوي الأيسر - يمكن أن يكون مرتبطاً بتضخم الطحال. - في كثير من الأحيان لا يتم تناول العلاج الوقائي للملاريا بانتظام وحتى عندما يؤخذ كاملاً فإنه لا يوفر حماية تامة ضد الملاريا ويجب دائماً الاشتباه بها في مثل الظروف الموصوفة هنا. يمكن تقييم خطر الإصابة بشكل أكبر عن طريق معرفة أي جزء من نيجيريا قضى فيه وقته وما إذا كان يتذكر حدوث لدغات من البعوض، ووجود التدابير لتجنب لدغات البعوض مثل الناموسيات والمواد الطاردة للحشرات والملابس المناسبة حيث تشكل جزءاً مهماً بالوقاية.

ليس لدى المريض قصة لتعاطي المخدرات الوريدية أو الاتصالات الجنسية غير المحمية حديثاً للتفكير بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، على الرغم من أنه لا يمكن استبعاده. يمكن أن يؤدي الانقلاب المصلي لفيروس نقص المناعة البشري إلى ترفع حروري ولكن ليس بهذه الشدة عادةً. ولاحقاً بعد الإصابة يرتبط المرض المتعلق بالإيدز بانخفاض عدد اللقويات الإجمالية غالباً، ولكنها طبيعية عند هذا المريض. إن الانتانات الفيروسية أو الجرثومية الحادة الأخرى واردة ولكنها لا تفسر النتائج غير الطبيعية لبعض الاستقصاءات.

الاختبار التشخيصي للملاريا هو صبغ لطاخة الدم المحيطية بصبغة رايت أو غيمز، وفي هذه الحالة ظهر أن حوالي 1% من الخلايا الحمراء تحتوي على طفيليات. يعتمد العلاج على نمط المقاومة المحتمل في المنطقة التي تمت زيارتها ويمكن الحصول على أحدث النصائح عن ذلك عبر الهاتف من أقسام الأحياء الدقيقة أو مستشفيات الأمراض الاستوائية. عادة ما يتم علاج الملاريا المنجلية بكبريتات الكينين بسبب المقاومة واسعة النطاق للكلوروكين. ثم يتم إعطاء جرعة واحدة من Fansidar (بيريميثامين وسلفادوكسين) في نهاية دورة الكينين للقضاء النهائي على الطفيليات، ومع ذلك توجد مقاومة متزايدة للكينين لذا أصبحت مشتقات الأرتيميسينين مفضلة أكثر كخط أول لعلاج الملاريا المنجلية. في الحالات الشديدة قد يحدث نقص صوديوم ونقص السكر في الدم -الصوديوم هنا على الحد الأدنى-، تترافق معظم المضاعفات الشديدة بالملاريا المتصورة المنجلية؛ وتشمل الإصابة بالملاريا الدماغية، وإصابة الرئة، وانحلال الدم الشديد والقصور الكلوي الحاد.

نقاط مفتاحية



- لا يوجد برنامج وقائي مؤكد للوقاية من الملاريا.
- المسافرين العائد من منطقة موبوءة بالملاريا ثم يعاني من الحمى هو مصاب بالملاريا حتى يثبت العكس.
- ينبغي أن يوجّه العلاج بالنصائح المقدمة من مراكز الأمراض الاستوائية.
- إذا كان نوع الملاريا غير معروفاً أو كانت العدوى مختلطة فتعامل معه على أنه مصاب بالملاريا المنجلية.

■ القصة السريرية:

امرأة عمرها 54 عاما مصابة بالداء السكري منذ 40 عاما، مضبوط بالأنسولين، وبارتفاع ضغط دم معالج باستخدام الأملوديبين، تدهورت وظيفة الكلية لديها تدريجيا وخضعت منذ 18 شهرا لعملية زرع كلى من متبرع متوفى، عانت من ثلاث نوب من الرفض عولجت بزيادة تثبيط المناعة، وكانت تتناول كوتريموكسازول وتم إيقافه بعد 12 شهر من عملية الزرع. حاليًا تعاني من الحمى والدعث منذ 5-6 أيام مترافق مع سعال غير منتج.

■ الفحص السريري:

الحرارة 38 درجة مئوية، وضغط الدم 82/132، النبض 86/دقيقة، معدل التنفس 20 / دقيقة، الأكسجة 96٪، لم يتم العثور على أي موجودات غير طبيعية بفحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي، لا يوجد مضمض حول الكلية المزروعة ولا ضخامة عقد لمفية.

الاستقصاءات:		
Normal		
Hemoglobin	12.8 g/dL	13.3-17.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	89 FL	80-99 FL
White cell counts	$8.2 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Neutrophils	$7.6 \times 10^9/L$	$1.8-7.7 \times 10^9/L$
Lymphocytes	$0.2 \times 10^9/L$	$0.6-4.8 \times 10^9/L$
Monocytes	$0.2 \times 10^9/L$	$0.6-1.0 \times 10^9/L$
Platelets	$221 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	134 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.3 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	7.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	141 μ mol/L	70-120 μ mol/L
Bilirubin	16 mmol/L	3-17 mmol/L
Alanine transaminase	29 IU/L	5-35 IU/L
Gamma-glutamyl transaminase	53 IU/L	11-51 IU/L
Alkaline phosphatase	251 IU/L	30-300 IU/L
Urinalysis: no protein; no blood		
Chest X-ray normal		

عولجت بالباراسيتامول وطلب منها العودة إذا حدث أي تدهور؛ فعادت بعد ثلاثة أيام مع زيادة في الحمى والسعال ومشكلة جديدة تتمثل في ضيق التنفس. عند الفحص كانت درجة حرارتها 38.8 درجة مئوية، وضغط الدم 78/122، والنبض 90 / دقيقة، معدل التنفس 26 / دقيقة، والأكسجة 92٪.

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف يمكنك استقصاء وتدبير هذه المريضة؟

غالباً ما ترتبط الحمى لدى المرضى الخاضعين لعمليات زرع الأعضاء بمسببات شائعة ولكن وجود تثبيط المناعة يزيد احتمال الانتانات الانتهازية؛ والاحتمالية هنا أعلى بسبب زيادة تثبيط المناعة بعد نوبات الرفض. تشير أعراض السعال الجاف وضيق التنفس إلى بؤرة تنفسية للإنتان؛ على الرغم من عدم العثور على أي شيء عند فحص الجهاز التنفسي سوى زيادة معدل التنفس، وكانت صورة الصدر للشعاعية طبيعية، لكن انخفاض الأكسجة يؤكد وجود مشكلة كبيرة في تبادل الغازات في الرئة.

يشير ترافق الحمى والسعال الجاف وعدم وجود علامات تنفسية وتدهور نقص الأكسجة إلى تشخيص ذات رئة بالمتكيسة الكارينية. قد تبدو الأشعة السينية للصدر طبيعية في المراحل المبكرة قبل زيادة الأشعة على الصور، مع نمط امتلاء سنخي أكثر وضوحاً في المناطق الوسطى والسفلية وغالباً ما يعف عن الزوايا الضلعية الحجابية (الصورة 20.1). كان المريض يتناول كوتريموكسازول كوقاية ضد المتكيسة الكارينية ولكن تم إيقافه بسبب وجود طفح جلدي؛ مما يزيد من خطر العدوى.

الاستقصاء الأول هو تصوير الصدر بالأشعة السينية. حتى لو تم إنتاج القشع فلا يمكن العثور على المتكيسة الكارينية في القشع ويحتاج عادة إلى تقنية مثل تحريض إنتاج القشع بمحلول ملحي مفرط التوتر أو تنظيف القصبات مع غسالة سنخية لأخذ عينات من محتوى الأسناخ، المتكيسة الرئوية الجيروفيسية هي فطر كان يسمى سابقاً المتكيسة الكارينية، يوجد بشكل شائع في البيئة ولكنه لا يسبب العدوى عند أسوياء المناعة. يتم صبغ العينات المأخوذة من القشع أو الغسالة السنخية بصبغة فضية أو حمض شيف فوق اليودي أو عن طريق التآلق المناعي.

عادة ما يكون العلاج بجرعة عالية من الكوتريموكسازول ولكن الطفح الجلدي السابق لدى هذا المريض يعني الحاجة إلى علاجات بديلة مثل الدابسون والتريميثوبريم أو الكليندامايسين والبريماكين بدلاً من البديل الأكثر سمية وهو البنيتاميدين الوريدي. غالباً ما يستخدم البريدنيزولون في البداية لعلاج حالات نقص الأكسجة الشديد.



الشكل 20.1: صورة الصدر البسيطة.

نقاط مفتاحية



- المتكيسة الرئوية الجيروفيسية هي كائن حي منتشر على نطاق واسع ولكنه يسبب المرض فقط عند المرضى المثبطين مناعيا.
- السعال الجاف والحمى وضيق التنفس هي أعراض شائعة مع تسرع التنفس ونقص الأكسجة المهم.
- يتطلب التشخيص عادة أخذ عينات من المحتويات السنخية عن طريق الغسالة أو تحريض القشع.

الحالة 21: التعب

■ القصة السريرية:

راجع رجل عمره 55 عاما طبيبه العام بشكاية التعب وفقدان الطاقة بشكل متزايد خلال الأشهر 18 الماضية، يعمل كمحامي ووصف حدوث نوب من النوم في مكتبه، لا يستطيع البقاء مستيقظا بعد الساعة 9:30 مساء وينام حتى الساعة 7:30 صباحا، يجد صعوبة في التركيز في العمل وتوقف عن لعب مباراة التنس الأسبوعية، أصيب بنوبة اكتئاب منذ 10 سنوات تتعلق بتفكك زواجه الأول؛ وحاليا ليس لديه مشاكل شخصية، لم يعاني من أي أمراض خطيرة، شقيقه مصاب بداء السكري من النمط 1 منذ عمر 13. بالسؤال المباشر عن عادات التغوط ذكر أنه لاحظ أن التغوط أصبح مائل للإسك أكثر، ينفي أي ألم في البطن أو نزيف في المستقيم، وازداد وزنه 8 كغ خلال العام الماضي.

■ الفحص السريري:

لديه زيادة في الوزن، جلد وجهه جاف ومتقشر، نبضه 56 / دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 88/146 مم زئبق. بفحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي والبطن ليس هناك ما يلفت الانتباه، وأظهر الفحص العصبي ضعف خفيف داني.

الاستقصاءات:		
		Normal
Hemoglobin	11.8 g/dL	13.3-17.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	96 FL	80-99 FL
White cell counts	$4.3 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$154 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	140 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.4 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	6.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol
Creatinine	125 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	4.7 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Calcium	2.48 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.20 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L
Cholesterol	6.4 mmol/L	3.9-6.0 mmol/L
Triglycerides	1.4 mmol/L	0.55-1.90 mmol/L
Urinalysis: nothing abnormal detected (NAD)		

■ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكنك إجراء المزيد من الفحص والاستقصاء وتديبير هذا المريض؟

التعب هو أحد الأعراض الشائعة جدًا لأي من الأمراض الجسدية والعقلية، التشخيص التفريقي واسع ويشمل السرطان والاكنتاب وفقر الدم والقصور الكلوي وأمراض الغدد الصم. في حالة هذا المريض فإن التشخيص التفريقي الرئيسية تنحصر في الاكنتاب وقصور الغدة الدرقية. لديه سوابق اكنتاب ولكن لا يوجد في قصته الحالية مسببات واضحة لنوبة أخرى من الاكنتاب؛ لا يستيقظ في الصباح الباكر ولا يواجه صعوبة في النوم والتي هي أعراض بيولوجية شائعة للاكنتاب الحاد، ونجد عدد من الأدلة الموجهة لتشخيص قصور الغدة الدرقية لديه وهي البداية المخاتلة للتعب، صعوبة التركيز، زيادة النعاس، الإمساك وزيادة الوزن، وهي من سمات قصور الغدة الدرقية. قد يكون هناك قصة عائلية أو مرضية سابقة لأمراض مناعية ذاتية أخرى كما هو الحال عند هذا المريض؛ مثل الداء السكري من النمط 1 أو البهاق أو داء أديسون. يظهر قصور الدرق عادة في العقد الخامس أو السادس وهو أكثر شيوعاً لدى النساء بخمس أضعاف الرجال، يترافق انقطاع النفس الانسدادي أثناء النوم بقصور الغدة الدرقية وقد يساهم في النعاس والتعب أثناء النهار.

بالفحص تتوافق سحنة الوجه وبطء القلب مع التشخيص، حيث أنه من المميز عند مرضى قصور الغدة الدرقية العرضي تحول الجلد لجاف ومتقشر وبارد وسميك، قد يظهر طفح وجني على ارضية مظهر الوجه الشاحب ("مظهر الفراولة والكرامة"). عادة ما يكون شعر فروة الرأس هشاً ومتفرقاً، وقد يصبح الثلث الوحشي من الحاجبين مستنداً. قد يحدث بطء قلب وقد يكون من الصعب جس ضربة القمة بسبب وجود انصباب تامور. علامة كلاسيكية أخرى لقصور الغدة الدرقية هي تأخر طور الاسترخاء في المنعكس الكاحلي؛ وتشمل المتلازمات العصبية الأخرى التي قد تحدث مع قصور الغدة الدرقية متلازمة النفق الرسغي أو الضعف العضلي الداني أو متلازمة المخيخ أو التهاب الأعصاب. قد يعاني المرضى من أمراض نفسية، بما في ذلك الذهان ("جنون الودمة المخاطية").

بالاستقصاءات نجد أدلة على التشخيص وهي فقر الدم سوي الصباغ سوي حجم الكريات، والكرياتينين المرتفع بشكل حدي، وفرط كوليسترول الدم. عادة ما يكون فقر الدم الناجم عن قصور الغدة الدرقية سوي الصباغ، سوي أو كبير حجم الكريات، وقد يحدث فقر الدم صغير الخلايا إذا كان هناك غزارة طمث، وقد يدل فقر الدم كبير الخلايا على نقص فيتامين ب 12 غير مشخص. في قصور الدرق ينخفض جريان الدم للكليتين وهذا قد يسبب ارتفاع طفيف في الكرياتينين عن المعدل الطبيعي.

تتظاهر معظم حالات قصور الغدة الدرقية الشديدة بسببات الودمة المخاطية، وبطء القلب، وانخفاض معدل التنفس وانخفاض حرارة الجسم الشديد وغياب العرواءات بشكل نموذجي.

في حالة هذا المريض أظهرت اختبارات وظائف الغدة الدرقية أن الهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH) ، (73 ، mU / L المعدل الطبيعي > 6) ؛ mU / L هرمون الغدة الدرقية الحر (T4) ، 3 بمول / لتر (المعدل الطبيعي 9-22 بمول / لتر). يشير ارتفاع TSH إلى قصور الغدة الدرقية البدئي وليس قصور الغدة النخامية. السبب الأكثر شيوعاً لقصور الغدة الدرقية هو التهاب الغدة الدرقية المناعي الذاتي، ويجب فحص وجود الأضداد المناعية للغدة الدرقية عند هذا المريض.

أسباب قصور الغدة الدرقية:



- قصور الغدة النخامية الشامل.
- التهاب الغدة الدرقية المناعي الذاتي.
- بعد استئصال الغدة الدرقية.
- بعد علاج الانسمام الدرقي باليود المشع.
- أدوية علاج فرط نشاط الغدة الدرقية: كاربيمازول، بروبيل ثيوراسيل.
- أميودارون، ليثيوم.
- عوز اليود الغذائي.
- عيوب الإنزيم الموروثة.

← يتم العلاج باستخدام T4 بجرعة صيانة 75-200 ميكروغرام / يوم، يتم مراقبة الاستجابة سريريا ومخبريا من خلال عودة TSH إلى المعدل الطبيعي. يجب أن يكون بدء العلاج ب T4 حذرا عند المرضى المسنين أو المصابون بأمراض القلب الاكليلية بسبب خطر الإصابة بافقار العضلة القلبية.

نقاط مفتاحية



- يجب وضع قصور الغدة الدرقية بعين الاعتبار في التشخيص التفريقي لأي مريض يعاني من التعب.
- يجب أن يكون الفحص العصبي جزءا من التقييم الروتيني لجميع هؤلاء المرضى.
- عادة ما تكون الأعراض السريرية لقصور الغدة الدرقية غير نوعية.
- قد يتظاهر قصور الغدة الدرقية بطرق غير شائعة، مثل الذهان أو انخفاض مستوى الوعي.
- التهاب الغدة الدرقية المناعي الذاتي هو السبب الأكثر شيوعا لقصور الغدة الدرقية.

■ القصة السريرية:

راجع رجل مسن عمره 72 سنة طبيبه العام بشكاية تورم غير مؤلم في كلا الساقين منذ شهرين تقريباً، بدأ التورم في كاحليه ثم ساقيه وفخذيته وحتى أعضائه التناسلية أصبحت منتفخة، كما أنه يجد وجهه متورماً عند الاستيقاظ صباحاً، ازداد وزنه حوالي 10 كيلو غرام خلال 3 أشهر الأخيرة، ولاحظ أن بوله يبدو رغويًا. لدى المريض تزايد تدريجي لضيق التنفس لكنه ينفي وجود أي ألم في صدره، وأصيب بكدمات عفوية خلال 6 أشهر ماضية. تم تشخيص إصابته بارتفاع ضغط الدم منذ 13 عاماً وباحتشاء عضلة القلب قبل 4 سنوات، يعيش مع زوجته وليس لديه أطفال، يدخن 30 سيجارة يوميًا ويشرب حوالي 30 وحدة من الكحول أسبوعيًا، يتناول أتينولول 50 ملغ مرة واحدة يوميًا. يعمل سائق مركبة نقل ثقيلة متقاعد.

■ الفحص السريري:

تظهر وذمة انطباعية في الساقين تصل إلى مستوى الحوض ووذمة ضخمة في القضيب وكيس الصفن، كدمات على الساعدين وحول العينين ولا يوجد ما يدل على مرض كبدى مزمن، النبض 72/د ومنظم، ضغط الدم 166/78 ملمم ز، ضغط الوريد الوداجي مرتفع بمقدار 5سم، ضربة القمة غير منزاحة وأصوات القلب طبيعية ولا نفخات. يوجد أصمية بالقرع وانخفاض في صوت دخول الهواء في قاعدتي الرئة. الكبد والطحال والكلية ضمن

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	10.7 g/dL	13.3-17.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	95 FL	80-99 FL
White cell counts	$4.7 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$176 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	7.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol
Creatinine	112 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	4.7 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Albumin	16 g/L	35-50 g/L
Cholesterol	15.2 mmol/L	3.9-6.0 mmol/L
Triglycerides	2.7 mmol/L	0.55-1.90 mmol/L
Clotting screen: normal		
Urinalysis: +++ protein; no blood		

الطبيعي، يوجد حبن واضح بالأصمية المتنتقلة ونهز السوائل، الفحص العصبي طبيعي.

☒ الأسئلة:

- ما هو سبب الوذمة وما هو التشخيص المحتمل؟
- ماذا ستفحص أكثر عند هذا المريض وكيف تستقصي وتدبر هذه الحالة؟

قد تحدث وذمة محيطية بسبب انسداد موضعي للتصريف اللمفي أو الوريدي أو بسبب أمراض القلب أو الكلى أو الرئة أو الكبد. من المرجح أن تكون الوذمة أحادية الجانب ناجمة عن مشكلة موضّعة، في حين أن الوذمة ثنائية الجانب عادة ما تكون ناجمة عن إحدى الحالات الجهازية المذكورة، يجب التمييز بين الوذمة الانطباعية والوذمة اللمفية المميزة بكونها غير انطباعية؛ يتم اختبار ذلك بالضغط بقوة بالإبهام لمدة 10 ثوان تقريباً، إذا كانت الوذمة انطباعية سيظهر انطباع الإبهام بعد إزالة الضغط، التشخيص التفريقي الرئيسي هو قصور القلب، القصور الكلوي، المتلازمة النفروزية، قصور القلب الأيمن (القلب الرئوي) الثانوي للداء الرئوي الانسدادي المزمن أو مرض الكبد المزمن غير المعاوز. يعتبر البول الرغوي دليلاً على المتلازمة النفروزية، وعادة ما يلاحظه المرضى الذين يعانون من البيلة البروتينية الشديدة.

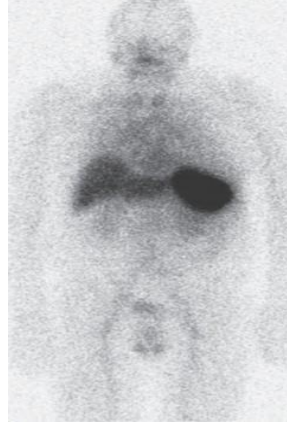
بالفحص لم تكن هناك علامات سريرية تشير إلى مرض كبدي مزمن، حيث من المتوقع أن يرتفع الضغط الوريدي الوداجي أكثر، ويجب أن توجد علامات لقصور الصمام ثلاثي الشرف (موجة V بارزة، نفخة شاملة للانقباض) وتضخم القلب إذا كان المريض يعاني من القلب الرئوي أو قصور القلب ثنائي البطينات. تظهر على المريض علامات انصباب جنب ثنائي الجانب، والتي قد تحدث في المتلازمة النفروزية إذا كان هناك احتباس كبير للسوائل. تظهر الكدمات والفرفرية حول الحجاج بشكل كلاسيكي في المرضى الذين يعانون من المتلازمة النفروزية الثانوية للداء النشواني.

تتوافق الاستقصاءات مع تشخيص المتلازمة النفروزية؛ والتي تعرف بالثلاثي: نقص ألبومين الدم أقل من (30 g/l)، بيلة بروتينية ($<24\text{h} 3\text{g}$) ، وفرط كوليسترول الدم. فقر الدم سوي الكريات سوي الصباغ هو نموذجي للأمراض المزمنة وهو إشارة إلى التشخيص الرئيسي وهو الداء النشواني، قد يكون لدى المرضى المصابين به ارتفاع في مستويات ناقلات الأمين بسبب تراكم الأميلويد في الكبد، يجب ان يخضع المريض لخزعه كلوية لتحديد سبب المتلازمة النفروزية؛ الأسباب الرئيسية مذكورة أدناه. يجب على البالغين الذين يعانون من المتلازمة النفروزية إجراء خزعة كلية، باستثناء المصابين بالداء السكري منذ مدة طويلة مع اعتلال شبيكية واعتلال عصبي لأنه غالباً ستجد أن لديهم اعتلال كلية سكري.

أسباب المتلازمة النفروزية:

- الداء السكري.
- الداء الكلوي قليل التبدلات.
- تصلب الكبيبات البؤري القطعي.
- اعتلال الكلية الغشائي.
- الذئبة الحمامية الجهازية.
- عدوى فيروس نقص المناعة البشري.
- الداء النشواني/ الورم النقوي.

في هذه الحالة تؤكد خزعة الكلية تشخيص الداء النشواني، ويكون التلون إيجابي لسلاسل لمدا الخفيفة، وبالتثبيت المناعي يؤكد وجود IgG في الدم، أظهرت رشفة نقي العظم نقي وجود عدد زائد من خلايا البلازما، بما يتوافق مع خلل تنسج كامن في خلايا البلازما. يجب أن يجرى للمصابين بالداء النشواني تخطيط القلب للمسح عن الإصابة القلبية بالارتشاح.



الشكل 22.1: يظهر تصوير بوزيتروني وكان القبط أشده في الطحال.

وإذا كان متاحًا، يجب إجراء تصوير بوزيتروني (يقيم توزيع الأميلويد وكميته في الجسم).

ينضمن العلاج الأولي لهذا المريض تحديد السوائل والملح واستخدام مدرات البول لتخفيف الوذمة، مضادات التخثر لتقليل خطر الإصابة بالخشار الوريدي العميق أو الصمة الرئوية، ومركبات الستاتين لعلاج فرط الشحوم في الدم. العلاج النهائي هو علاج كيميائي يشرف عليه أخصائي أمراض الدم لتثبيط استنساخ سلسلة الخلايا البلازمية المصنعة للأميلويد، وعند المرضى الأصغر سنًا يمكن النظر في زرع نقي العظم. عادة يتطور لدى المصابين بالمتلازمة النفروزية التالية للداء النشواني قصور كلوي نهائي بشكل سريع نسبيًا، والسبب الأشيع للوفاة هو الإصابة القلبية.

نقاط مفتاحية



- قد تكون الوذمة ثنائية الجانب ناجمة عن أمراض القلب أو الكبد أو الكلى.
- يجب على جميع المرضى الذين يعانون من وذمة حديثة إجراء تحليل البول.
- المرضى الذين يعانون من المتلازمة النفروزية معرضون بشكل متزايد للإصابة بالصمة الرئوية.

■ **القصة السريرية:**

تم قبول امرأة مسنة عمرها 74 عاما من دار رعاية المسنين بسبب معاناتها من ألم في الحفرة الحرقية اليسرى بدون اضطراب في الأمعاء، لديها سوابق ارتجاع معدي مريئي وتتناول لانسوبرازول يوميا، تعاني من خرف خفيف وتعيش في دار المسنين منذ سنتين. بالفحص تشعر بألم في الحفرة الحرقية اليسرى؛ تم تشخيص التهاب الرتوج وعلاجها بالسيفوروكسيم الوريدي فتحسنت حالتها بشكل جيد، ولكن في اليوم الخامس من القبول وعندما كانت وشك العودة إلى دار الرعاية أصيبت بنوبة إسهال، وفي اليوم التالي أصيبت ب 4 نوب من الإسهال المائي وتشكو من ألم شديد في البطن.

■ **الفحص السريري:**

لديها تجفاف في الأغشية المخاطية مع ترفع حروري يصل ل 38،5 درجة مئوية ومضض بطني معمم خفيف بدون دفاع عضلي او مضض راجع، ولديها اشتداد في صوت الحركات الحوية.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	14.2 g/dL	11.7-15.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	87 FL	80-99 FL	
White cell counts	$16.3 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$324 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Sodium	134 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	9.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	189 mmol/L	70-120 $\mu\text{mol/L}$	

☒ **أسئلة:**

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالا؟
- كيف يمكنك متابعة فحص هذه المريضة واستقصاؤها وتدبيرها؟

تطور لدى المريضة اسهال والم في البطن اثناء وجودها في المشفى وتناولها شوط علاجي من الصادات الحيوية الوريديية واسعة الطيف، هذا يزيد من احتمال الإصابة بعدوى المطثية العسيرة، وهناك عدد من العوامل الخطيرة الأخرى التي تؤهب لذلك وهي التقدم في العمر فوق 65 سنة والعيش في دار رعاية المسنين. تحدث 80% من حالات العدوى بالمطثية العسيرة في الأعمار فوق 65 عام نظراً لانخفاض كثافة وعدد أنواع البكتريا المعوية مما يجعلهم أكثر عرضة للاستعمار بالمطثية العسيرة، ويزيد استخدام مثبطات مضخة البروتون أيضاً من خطر ذلك. تنتشر المطثية العسيرة بالطريق البرازي الفموي، يصاب 20% من مرضى المستشفيات والمرضى في المرافق الرعاية طويلة الأمد بالمطثية العسيرة.

المطثية العسيرة: هي عسيرة لاهوائية متبوعة تستمر في البيئة لفترة من الوقت، يتم علاج معظم مرضى المشافي المصابين بصادات حيوية وتشكل المبادئ التوجيهية الواضحة حول وصف المضادات الحيوية جزءاً لا يتجزأ في الحد من العدوى بالمطثية.

ينبغي الحصول على عينات البراز وإرسالها للفحص عند أي مريض مشفوي يعاني من إسهال غير مفسر. يبحث الاختبار الأولي عموماً عن ذيفان المطثية العسيرة ثم يتم تأكيد الاختبارات الايجابية باختبارات تكميلية. يعتمد التشخيص على اجتماع الاسهال وتحديد وجود الذيفان أو العضية، أو وجود التهاب الكولون الغشائي الكاذب بمنظار الكولون.

عمد الاشتباه بالإصابة بالمطثية العسيرة يجب عزل المريض ووضعه في مكان مناسب لضبط العدوى ويجب وضع السياسات (قفازات وأغطية لعدم التلامس، وغسل اليدين بالماء والصابون).

يتم تحديد الحالات وتبديلها حسب شدتها:

خفيفة: إسهال خفيف، عدد الكريات البيض طبيعي ولا توجد أعراض جهازية.

متوسطة: إسهال معتدل، عدد الكريات البيض أقل من $10^9 \times 15$ في الليتر، مع أعراض جهازية.

شديدة: اثنان أو أكثر من ألف من مقاييس الشدة (الحرارة أعلى من 38.5 درجة مئوية، مريض عناية مشددة أو مريض مثبط مناعياً، التهاب الكولون الغشائي الكاذب، تضخم الكولون السمي أو العلوص، توسع الكولون >6سم في التصوير الشعاعي، عدد الكريات البيض أكثر من $10^9 \times 15$ في الليتر، الكرياتينين أكثر من 1.5 ضعف الكرياتينين القاعدي لدى المريض).

مهدة للحياة: هبوط الضغط، العلوص أو توسع الكولون السمي أو دليل بالطبقي المحوري على شدة الحالة.

يتم علاج حالات الخفيفة أو المتوسطة بالميترونيدازول الفموي، والحالات المتوسطة الى الشديدة باستخدام فانكوميسين عن طريق الفم أو الوريد.

لدى هذه المرأة دليل على وجود مرض شديد على الأقل، وتحتاج إلى تصوير الأمعاء بصورة بسيطة أبطقي محوري. ينبغي عزل المريضة أثناء انتظار النتائج ومعالجتها بالسوائل والفاينكوماسين الفموي.

نقاط مفتاحية



- يجب الشك بالإصابة بالعدوى الصعبة لدى أي مريض مشفوي تطور لديه إسهال.
- إن اتباع سياسات صارمة في استخدام الصادات الحيوية، والدرجة العالية من الشك، والإجراءات المتخذة لضبط العدوى كل ذلك يساعد على تقليل النتائج السيئة للإصابة بالمطثية العسيرة.

■ القصة السريرية:

راجعت طالبة عمرها 23 عاماً طبيبها العام بشكاية ضيق في التنفس عند بذل جهد، تطورت هذه الحالة خلال 10 أيام الماضية، وتعاني حالياً من ضيق التنفس في المشي لمسافة 50 ياردة. أصيبت منذ حوالي أسبوعين بأعراض شبيهة بالأنفلونزا مع الآم عضلية معممة وحمى. المريضة متعبة بشدة ولاحظت خفقاناً مرافقاً للزلة التنفسية، بالإضافة إلى أنها تعاني من عدم الارتياح في الجانب الأمامي للصدر يزداد عند الشهيق. كانت تتمتع سابقاً بلباقة جيدة للغاية وليس لديها أي سوابق مرضية ولا يوجد قصة سفر حديث إلى خارج البلاد، كما أنها تنفي تعاطي المخدرات.

■ الفحص السريري:

درجة حرارتها 37.5 درجة مئوية، ومعدل نبضها 120/دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 90/70 ملم زئبقي، الضغط الوريدي الوداجي مرتفع بمقدار 8 سم، بالإصغاء يوجد صوت القلب S3، فحص الصدر ضمن الطبيعي باستثناء أن الضغط على عظم القص يسبب الانزعاج، فحص البطن والجهاز العصبي طبيعي.

الاستقصاءات:



■ أرسل الطبيب العام الطالبة إلى قسم الطوارئ، حيث تم إجراء مخطط كهربائية القلب (ECG) وصورة بسيطة للصدر. أظهر تخطيط القلب تسطح الموجه T معمم، تظهر الأشعة السينية للصدر في الصورة 24.1.



الصورة 24.1: صورة الصدر.

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكنك مواصلة استقصاء وتدبير هذه المريضة؟

تعاني هذه المريضة من التهاب العضلة القلبية الفيروسي بسبب فيروس كوكسساكي. إن الفيروسات التي تسبب التهاب العضلة القلبية هي: كوكسساكي A, B، الفيروس الغدي، الانفلونزا، الحماق، شلل الأطفال، داء الكلب، التهاب الكبد الفيروسي، الحصبة الألمانية، الفيروس الصغير B19، فيروس ابشتاين بار، الفيروس المضخم للخلايا CMV، وفيروس الهربس. قد يحدث التهاب العضلة القلبية أيضاً في سياق تجرثم الدم أو انتشار الفطور في الدم أيضاً، وقد تسبب الريكتسيا والدفترية التهاب العضلة القلبية. في ريف أمريكا الجنوبية قد يسبب الانتان الحاد بطفيلي المتقيبات الكروزية حمى و التهاب عضلة القلب وضخامة كبدية طحالية، ثم قد يؤدي بعد 10-30 سنة من الإصابة إلى حدوث قصور قلب واضطراب في الجهاز الناقل في القلب (مرض شاغاز). يمكن أن يسبب تعاطي الكوكائين التهاب العضلة القلبية والموت المفاجئ. إن كلاً من نقص الكالسيوم الشديد ونقص الفوسفات ونقص المغنيزيوم قد يسبب تتيب قلب.

الصورة السريرية لالتهاب العضلة القلبية غير نوعية، ولكن تشمل الأعراض الشائعة الآلام العضلية والتعب وضيق التنفس والألم التاموري والخفقان. يجب الشك بالتهاب العضلة القلبية عند الشباب الذين يعانون من أعراض قلبية حديثة الظهور مسبقة غالباً بمرض فيروسي تنفسي علوي أو هضمي. يجب استبعاد الأمراض المناعية الذاتية مثل الذئبة الحمامية الجهازية ويجب أخذ قصة اجتماعية دقيقة ومفصلة لنفي تعاطي الكحول أو الكوكائين. العلامات السريرية الأساسية هي علامات قصور القلب، يمكن سماع الاحتكاكات التامورية في حال حدوث التهاب تامور مع التهاب العضلة القلبية، غالباً ما يوجد لدى المرضى تسرع قلب جيبى غير متوافق مع الحمى الخفيفة الموجودة، ويظهر تخطيط القلب عادة شذوذات في القطعة ST والموجة T، قد تهر لانظميات أذينية أو بشكل أكثر شيوعاً لانظميات بطينية أو علامات على عيوب التوصيل الكهربائي القلبي. قد تكون صورة الصدر البسيطة طبيعية إذا كان الالتهاب خفيفاً ولكن في حال تطور قصور القلب سنجد ضخامة قلبية وعلامات احتقان رئوي ويتضمن التشخيص التفريقي في هذه الحالة اعتلال العضلة القلبية الضخامي والتهاب التامور واحتشاء العضلة القلبية.

ترتفع خمائر العضلة القلبية مثل التروبونين I أو T والكرياتين كيناز، ويجب إجراء إيكو قلب لتأكيد التشخيص حيث تكون التغيرات في إيكو القلب بؤرية تصيب البطين الأيمن أو الأيسر فقط، أو معممة، مع ضعف قلوصلية العضلة القلبية، وقد يظهر التصوير بالرنين المغناطيسي للقلب وذمة في العضلة القلبية وأذية في خلايا العضلة القلبية، ممكن إجراء تصوير وعائي للشرايين الأكليلية لنفي وجود تضيق شديد في الشرايين الأكليلية، ويمكن إجراء خزعة من البطانة القلبية اعتماداً على سير وشدة الحالة. يجب أخذ عينات من المصل بشكل متكرر للبحث عن تحول أضداد فيروس كوكسساكي ب والنكاف. يمكن أخذ عينات لزرع فيروس كوكسساكي ب من البلعوم أو البراز أو الدم أو العضلة القلبية أو السائل التاموري.

الراحة في الفراش هي العلاج في فترة التهاب عضلة القلب الفيروسي الحاد، وتستخدم مدرات البول ومثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين لعلاج قصور القلب، قد يكون هناك

حاجة لمضادات التخثر عند وجود خثرة داخل القلب. هناك جدل حول العلاج بالستيروئيدات ويفضل استخدامها عند المرضى الذين عانوا من المرض منذ فترة قصيرة مع إيجابية خزعة الشغاف، وفي الحالات الأكثر شدة. معظم الحالات حميدة ومحددة لذاتها وتعود وظيفة القلب للطبيعي. ومع ذلك فإن نسبة قليلة ستصاب بتضرر قلبي دائم يؤدي إلى اعتلال عضلة قلبية توسعي، وقد يشمل العلاج النهائي بعد ذلك زراعة القلب.

نقاط مفتاحية



- تشمل ميزات تشخيص التهاب عضلة القلب الفيروسي صغر سن المريض، والمرض الحموي الحاد السابق، وبالتالي ارتفاع أضداد كوكساعي B في المصل.
- من المهم معرفة قصة السفر الى الخارج وتناول الكحول وتعاطي المخدرات.
- تكون النتائج عند البالغين جيدة بشكل عام، ولكن نسبة من المرضى يصابون باعتلال عضلة القلب التوسعي.

■ القصة السريرية:

راجع رجل عمره 62 سنة قسم الطوارئ بشكاية ضيق في التنفس، شعر قبلها بأربعة أيام بتوعك وآلام في العضلات وصداع، ثم في اليوم التالي بدأ يعاني من عرواءات، قاست زوجته درجة حرارته وكانت 39 درجة مئوية، هو اعتقد أنه مصاب بالأنفلونزا فتناول الباراسيتامول مع الراحة في السرير ومع ذلك تفاقمت حالته خلال اليوم، وبعد يومين أصبح يشكو من سعال جاف وضيق ملحوظ في التنفس، أصبح أيضاً مرتبكاً وبدأ يعاني من الإسهال، ليس هناك سوابق هامة في تاريخه الطبي، غير مدخن ويشرب 20 وحدة من الكحول أسبوعياً. قبل القبول كان قد عاد من جولة مدرب في إسبانيا والبرتغال.

■ الفحص السريري:

يبدو مريضاً، لديه تجفاف وتوهج الوجه، درجة حرارته 39.5 درجة مئوية، ولديه زرقة مركزية، نبضه 120/دقيقة، ضغط الدم 146/72 ملمز، معدل تنفسه 32/دقيقه، والأوكسجة 86% في هواء الغرفة، الرغامى على الخط الناصف، تمدد الصدر متناظر، خفوت خفيف بالاهتزازات عند قاعدتي الرئة في الخلف ويلاحظ بالإصغاء خراخر ثنائية الجانب وصوت تنفس قصبي في المنطقتين السفليتين من الخلف، لديه مضض معمم في البطن بدون دفاع عضلي أو صلابة، المريض مشوّش في تذكر الزمان والمكان والأشخاص.

تظهر تحاليل الدم وغازات الدم الشرياني في هواء الغرفة وتحليل البول والأشعة السينية للصدر. فيما يلي:

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	15.3 g/dL	13.3-17.7 g/dL	
White cell counts	10.3 × 10 ⁹ /L	3.9-10.6 × 10 ⁹ /L	
Neutrophils	8.9 × 10 ⁹ /L	1.8-7.7 × 10 ⁹ /L	
Lymphocytes	0.4 × 10 ⁹ /L	0.6-4.8 × 10 ⁹ /L	
Platelets	143 × 10 ⁹ /L	150-440 × 10 ⁹ /L	
Sodium	124 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	4.4 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	14.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol	
Creatinine	178 µmol/L	70-120 µmol/L	
Glucose	7.7 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L	
Calcium	1.88 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L	
Phosphate	1.2 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L	
C-reactive protein (CRP)	256 mg/L	<5	
mg/L Arterial blood gases on air			
pH	7.38	7.38-7.44	
pCO ₂	2.7 kPa	4.7-6.0 kPa	
pO ₂	6.3 kPa	12.0-14.5 kPa	
Urinalysis: ++ blood; ++ protein			



الصورة 25.1: صورة الصدر.

الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف تستقصي وتدبر هذا المريض؟

تظهر على هذا الرجل في الفحص السريري علامات ذات الرئة، وهي مكتسبة في المجتمع في هذه الحالة، والمسبب الأكثر احتمالاً بالنظر للأعراض ونتائج الاستقصاءات هو ذات الرئة بالليجونيلا. السبب الأكثر شيوعاً لذات الرئة المكتسبة في المجتمع هو المكورات الرئوية أو المستدمية النزلية، وتحدث ذات الرئة غير النموذجية (المسببة بعضيات لا نموذجية مثل الميكوبلازما والليجونيلا والكلاميديا حيث لا يوجد لها جدار خلوي جرثومي) في حوالي 5-15% من الحالات. الأيام الأربعة السابقة للمرض بأعراض بادرية والمذكورة في القصة السريرية نموذجية لليجونيلا (10-2 أيام) مقارنة بالمكورات الرئوية التي تظهر فجأة بالحمى وضيق التنفس. تظهر عدوى الليجونيلا بالتعب والألم العضلي وصداع وحمى، قد يتطور لدى المرضى إسهال والام في البطن، ومع تقدم المرض يصاب المريض بسعال جاف وألم في الصدر وضيق في التنفس وتخليط ذهني حاد. تتضمن الاختلاطات المحتملة حدوث التهاب في الكلية/ التهاب الشغاف/ التهاب عضلة القلب. بالفحص غالباً ما يوجد تجفاف وتسرع قلب وتسرع تنفس مع خراخر منتشرة. إن الارتشاح المنتشر في صورة الصدر البسيطة يدل على ذات رئة باللانموذجيات؛ بينما يكون الارتشاح الفصي دليلاً على الإصابة بذات الرئة بالعقديات الرئوية. يحدث نقص صوديوم الدم في حالات ذات الرئة الشديدة ويحمل إنذاراً سيئاً، كما أن نقص كالسيوم الدم هو اضطراب مخبري آخر مميز في هذه الحالة. يعد التخليط الذهني وارتفاع اليوريا من علامات شدة الحالة (تستخدم في معايير تقييم الشدة CURB65)، يتوافق ارتفاع مستوى CRP مع الانتان الشديد، كما أن قلة اللبغاويات هي دليل على أن هذا المريض مصاب بذات رئة لا نموذجية. أظهرت غازات الدم الشرياني لدى المريض نقص أكسجة ملحوظة معاوض بفطرت تهوية أدى لانخفاض PaCO₂. من المفترض أن يكون المريض قد أصيب بالعدوى أثناء إجازته في إسبانيا أو البرتغال؛ لأن هذه الجرثومة غالباً ما تسبب تفشي المرض بسبب انتشارها في خزانات المياه في المناخات الدافئة في مؤسسات مثل الفنادق والمستشفيات.

هذا الرجل مريض بشدة وبحاجة إلى القبول في وحدة المراقبة العالية ليعطى تركيزاً عالياً من الأكسجين مع السوائل الوريدية لتصحيح التجفاف وبقد يحتاج إلى دعم تنفسي، يجب البدء بإعطائه الصادات الحيوية الوريدية مباشرة بحيث تغطي مسببات ذات الرئة المكتسبة في المجتمع لحين ظهور نتيجة الفحص الجرثومي الدقيق ليتم تعديل الصادات على أساسه. المشاركة النموذجية كعلاج تخبري بدئي هي السيفوروكسيم مع الكلاريثرومايسين، ويجب إرسال زروع الدم وعينات من الدم للبحث عن أضداد الانفلونزا والجرثائم اللانموذجية، ثم إرسال عينة دم أخرى بعد 10 - 14 يوماً لمعايرة الأضداد وإذا كانت مزداة لأربع أضعاف فهذا يدل على الانتان الحالي. من الممكن إجراء طريقة أسرع للتشخيص وهي فحص عينات الغسالة القصبية والدم والبول للبحث عن وجود مستضد الليجونيلا.

نقاط مفتاحية



- الليجونيفلا هي إحدى المسببات غير النموذجية لذات الرئة.
- يجب الاشتباه بها عند وجود جائحة في مؤسسة معينة أو في حال وجود ذات رئة غير مستجيبة على العلاج بالصادات.
- تسبق ذات الرئة بالليجونيفلا بفترة بادرية تتراوح من 2 إلى 10 أيام.
- إن نقص اللمفاويات مع وجود دليل على الالتهاب الكلوي ونمط ارتشاح منتشر في صورة الصدر البسيطة؛ كلها أدلة على التشخيص.

■ **القصة السريرية:**

راجعت امرأة عمرها 46 عاماً قسم الطوارئ بقصة ألم في الخاصرة اليمنى مع بييلة دموية عيانية منذ يومين، الألم خفيف ولكنه مستمر، عانت في السنوات العشر الماضية من نوب ألم في الخاصرة ثنائي الجانب يشفى بشكل عفوي خلال بضعة أيام، لم تلاحظ مرور أي حصيات مع البول، وذكرت أنه كان لديها ارتفاع معتدل في الضغط خلال حملها الثلاثة، لا يوجد سوابق مرضية مهمة أخرى. توفي والدها بسبب نزف تحت عنكبوتي بعمر 48 سنة، وخضع عمها لزرع كلية. ليس لديها إخوة، وأولادها الثلاثة بصحة جيدة وأعمارهم 17 و14 و10 سنوات، تعمل مدرّسة ولا تدخن أو تشرب الكحول.

■ **الفحص السريري:**

لا يوجد ترفع حروري، النبض منتظم 76/دقيقة، ضغط الدم 105/135 ملم زئبق، فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي ضمن الطبيعي، بجس البطن توجد كتل متحركة في كلا الخاصرتين، الكتلة في الجانب الأيمن مؤلمة بالجبس ولوحظ طبلية عند قرع كلا الكتلتين. الفحص العصبي طبيعي. تنتظر قعر العين نجد علامات تقاطع الشرايين فوق الأوردة وتحول أوعية الشبكية لمظهر شبيه بأسلاك الفضة.



الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	14.3 g/dL	11.7-15.7 g/dL
White cell counts	$5.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$206 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.3 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	10.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	146 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Albumin	42 g/L	35-50 g/L
Urinalysis: + protein; +++ blood		
Urine microscopy: >200 red cells; 10 white cells; no organisms		
Abdominal X-ray: no intra-abdominal calcification seen		

☒ **أسئلة:**

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف يمكنك إجراء مزيد من الاستقصاء وتديبير هذا المريض؟

تعاني هذه السيدة من مرض الكلى المتعددة الكيسات السائد (ADPKD)، لأن لديها بيلة دموية عيانية وارتفاع ضغط الدم وضعف وظيفة الكلى، الكتل المجسوسة في كلا الخاصرتين هي الكلى المتضخمة، وصوت الطبلية ناتج عن وجود الأمعاء فوقها. هناك سبب رئيسي آخر لجس الكليتين هو سرطان الخلية الكلوية واستسقاء الكلى الشديد. التدبير الأساسي لنزف الكيسات هو الراحة ونادراً ما تستمر البيلة الدموية العيانية لأكثر من أسبوع.

(ADPKD) هو المرض الكلوي الوراثي الأكثر شيوعاً، ويحدث في حوالي 1:600 إلى 1:1000 فرد، على الرغم من أن اسمه مشتق من مظهر الأكياس في الكلية الذي يؤدي إلى تضخمها وإلى القصور الكلوي، إلا أن هذا اضطراب جهازى ويتميز بوجود كيسات كبدية وداء الارتوج والفتوق الإربية وتدلي الصمام التاجي وأمهات الدم داخل القحف وارتفاع ضغط الدم.

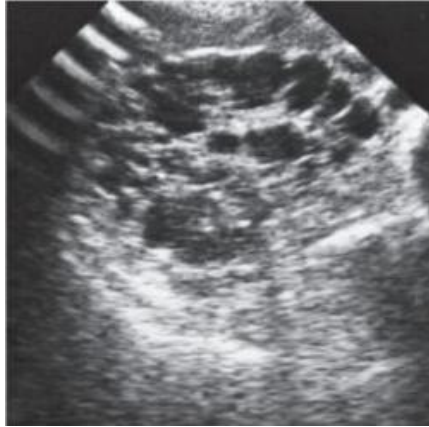
ألم الخاصرة هو العرض الأكثر شيوعاً وقد يكون ناجماً عن **تمزق كيسة** أو **إنتان كيسة الكيس** أو **حصىات كلوية**. بشكل شائع يحدث لدى المرضى بيلة دموية عيانية بسبب نزف الكيس وعادة ما تشفى عفويًا. تحدث حصىات الكلى عند حوالي 20% من مرضى ADPKD (حصىات حمض البول هي الأكثر شيوعاً) ويحدث ارتفاع ضغط الدم في وقت مبكر من مسار المرض ويؤثر على 60% من المرضى الذين لديهم وظائف كلية طبيعية، سيصاب حوالي 50% من مرضى ADPKD بالقصور الكلوي في المرحلة النهائية.

على الرغم من أنه من غير المعروف ما إذا كان والد هذا المريض يعاني من مرض كلوي فمن المحتمل أنه كان مصاباً بـ ADPKD وما يرتبط به من تمزق أمهات الدم التوتية كسبب للنزف تحت العنكبوتي، عم المريض يحتاج الى عملية زرع كلى وبالتالي يتوافق نمط الوراثة في هذه العائلة مع السمة الجسدية السائدة.

الموجات فوق الصوتية هي المفضلة كاختبار مسحي أولي لأنها غير مكلفة وغير باضعة وسريعة، وتكشف الخراجات الصغيرة التي يصل حجمها الى 0.5 سم. لتأكيد التشخيص يجب ان يكون هناك على الأقل ثلاث كيسات كلوية بحيث يوجد كيس واحد على الأقل في كل كلية. يعد التصوير الطبقي المحوري والتصوير بالرنين المغنطيسي تقنيات أكثر حساسية للكشف عن الكيسات الأصغر حجماً. تظهر الموجات فوق الصوتية لدى هذا المريض المظهر النموذجي للكيسات المتعددة (مناطق سوداء) محاطة بجدر سميك؛ وبنبغي إحالتها الى طبيب أمراض الكلى لمتابعة القصور الكلوي لديها على المدى البعيد، وللتخطيط فيما إذا احتاجت إلى زرع كلية، يجب أن يتم ضبط ضغط الدم لدى المريضة بحيث يكون الانبساطي أقل من 85 ملمز لتأخير ترقى قصور الكلية. أنها بحاجة إلى تحكم الفعال في ضغط الدم بحيث يكون الانبساطي اقل من 85ملم زنبق لتأخير تطور القصور الكلوي. بدأت التجارب السريرية على مضادات مستقبلات الفازوبريسين والتي تظهر نتائج واعدة في تثبيط نمو الكيسات.

يجب أن تخضع لتصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي لاستبعاد وجود أمهات دم داخل القحف، لا ينصح بهذا التصوير لجميع مرضى ADPKD ولكنه يستطب عند المرضى الذين لديهم قصة عائلية إيجابية لتمزق أم دم دماغية، يجب قياس ضغط الدم عند أطفال المريض ومن ثم فحصهم بالموجات فوق الصوتية. في عمر 30 عاماً سيكون لدى 90% من مرضى ADPKD كيسات تكتشف بواسطة الموجات فوق الصوتية.

90% من مرضى ADPKD لديهم طفرات في جين *ADPKD1*، يقوم هذا الجين بتشفير بروتين البوليسيستين وهو بروتين سكري غشائي من المحتمل أنه يتواسط التفاعلات بين الخلايا أو بين الخلية نفسها والمطرقة الخلوي. اما النسبة المتبقية من المرضى فمعظمهم لديهم طفرات في جين *ADPKD2* الذي يرمز للبوليسيستين-2، والذي يماثل بنيويًا البوليسيستين وقتوات الكالسيوم. عادة ما يكون ظهور ارتفاع الضغط لدى مرضى *ADPKD1* بعمر مبكر كما أن القصور الكلوي يتطور لديهم بشكل أسرع من مرضى النمط *ADPKD2*.



الصورة 26.1: الموجات فوق الصوتية للكلى توضح وجود أكياس متعددة.

نقاط مفتاحية



- غالباً ما يكون المرضى المصابون ب ADPKD لا عرضيين.
- قد يراجع مرضى ADPKD بألم في الخصرة او بيلة دموية.
- هو السبب العائلي الأكثر شيوعاً للقصور الكلوي ADPKD.
- ينبغي نصح أفراد الأسرة الذين قد يكون لديهم ADPKD بقياس ضغط الدم بشكل متكرر وإجراء ايكو للكليتين.

■ **القصة السريرية:**

قدمت امرأة عمرها 38 عاماً إلى طبيبها العام بشكاية الام في مفاصلها تتفاقم منذ عدة أشهر، ولاحظت أن مفاصلها أكثر تيبساً عند الاستيقاظ صباحاً، أكثر ما يتوضع الألم في المفاصل الصغيرة في اليدين والقدمين ويخف بتناول دواء ديكلوفيناك، وتشعر المريضة بالتعب وفقدت 4 كغ من وزنها خلال 3 أشهر. لم تعاني من أي أمراض خطيرة سابقة، وهي متزوجة ولديها طفلان وتعمل سكرتيرة قانونية. غير مدخنة ولا تشرب الكحول إلا في المناسبات. دوائها الوحيد هو ديكلوفيناك.

■ **الفحص السريري:**

تبدو شاحبة ولديها فقر دم واضح سريرياً، مفاصلها القريبة بين السلاميات والمفاصل السنية السلامية متورمة ومؤلمة، مع وجود انصبابات ضمنها، والمفاصل المشطية السلامية ممضة أيضاً. عدا ذلك فإن الفحص السريري طبيعي.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	8.9 g/dL	11.7-15.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	87 FL	80-99 FL	
White cell counts	$7.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$438 \times 10^9/L$	$150-440 \times$	
$10^9/L$ Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	78 mm/h	<10 mm/h	
Sodium	141 mmol/L	135-145	
mmol/L			
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	6.9 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	125 μ mol/L	70-120 μ mol/L	
Glucose	4.6 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L	
Albumin	33 g/L	35-50 g/L	
Urinalysis: no protein; no blood; no glucose			

⊗ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- وما هي التشخيص التفريقية الرئيسية؟
- كيف تستقصي وتدبر هذه المريضة؟

تعاني هذه المريضة من أعراض وعلامات نموذجية لالتهاب المفاصل الرثياني في مرحلة مبكرة. وهو مرض التهابي جهازي مزمن يصيب بشكل رئيسي المفاصل بتوزع محيطي متناظر، ذروة ظهوره بعمر بين 35 و55 عاماً عند النساء وبين 40 و60 عاماً عند الرجال، ومسار هذا المرض طويل بين هجوع وهجمات. قد يحدث التظاهر الحاد على مدار اليوم ويترافق بحمى وتعب عام، ولكن الأكثر شيوعاً (كما في هذه الحالة) هو ظهور المرض بشكل مختل وهذا يحمل إنذاراً أسوأ. يصيب التهاب المفاصل الرثياني بشكل مميز المفاصل بين السلامية القريبية والمفاصل المشطية السلامية ومفاصل الرسغ في اليدين والمفاصل المشطية السلامية في القدمين والكاحلين والركبتين والعمود الرقبي.

إن اليبوسة الصباحية للمفاصل نموذجية لالتهاب المفاصل الرثياني، ومع تقدم المرض يؤدي تدمير الغضاريف والعظام والأوتار إلى تشوهات مميزة لهذا المرض. تتضمن التظاهرات خارج المفصالية العقيدات الرثيانية، التهاب الأوعية الذي يسبب عقيدات جلدية وتنقرات في الأصابع، التهاب الصلبة، انصباب الجنب، التليف الرئوي المنتشر، العقيدات الرئوية، التهاب القصبات السادة، التهاب التامور، ضخامة الطحال (متلازمة فيلتي). عادة ما يوجد فقر دم سوي حجم الكريات سوي الصباغ، وارتفاع في سرعة التثقل (كما لوحظ هنا)، وترتبط درجة فقر الدم وارتفاع سرعة التثقل بفعالية المرض. قد يكون ارتفاع الكرياتينين عند المريضة الساقية ناتج عن استخدام الديكلوفيناك؛ لأن مضادات الالتهاب غير الستيرويدية تقلل الترشيح الكبيبي عند كل مستخدميها وفي حالات نادرة تسبب التهاب كلية خلالي حاد. عند المرضى الذين يعانون من التهاب المفاصل الرثياني منذ فترة طويلة قد يحدث ارتشاح للكليتين بالمادة النشوانية.

التشخيص التفريقي لالتهاب المفاصل الحاد المتناظر:

- التهاب المفاصل التنكسي: يؤثر بشكل أساسي على المفاصل بين السلامية البعيدة والقريبة والمفصل السني السلامي الأول.
- الالتهاب المفاصل الرثياني.
- الذئبة الحمامية الجهازية: عادة ما تسبب التهاب مفاصل خفيفاً ومتنقلاً وغير مخرب.
- النقرس حيث يبدأ عادة كالتهاب مفصل وحيد.
- التهابات المفاصل سلبية المصل: التهاب الفقار اللاصق/الصداف/داء رايتز. عادة ما تسبب التهاب مفاصل غير متناظر يصيب المفاصل المتوسطة والكبيرة وكذلك المفصل العجزي الحرقفي والمفاصل بين السلاميات البعيدة.
- التهاب المفاصل الفيروسي الحاد (مثل الحصبة الألمانية): يشفى بشكل كامل.

يجب إحالة هذا المريض إلى طبيب الرئوية لمتابعة المزيد من الاستقصاءات والتدبير. يجب إجراء صور شعاعية بسيطة للمفاصل المصابة وفي حال وجود تضرر في المفاصل سيظهر على الأشعة السينية بشكل تحت خلوع وهشاشة في العظام حول المفصل وانقراض في المسافة المفصالية وتشكل تآكلات في العظام؛ الموقع الشائع لوجود تآكلات العظام في المرحلة الباكرة للداء الرثياني هو المفصل السنعي السلامي الخامس (يشار إليه بسهم في الصورة 27.1). يجب سحب عينات دم للتحري عن وجود كل من العامل الرثياني (يوجد في التهاب المفاصل الرثياني) والأضداد المضادة ل DNA (توجد في الذئبة الحمامية الجهازية). يجب أن تعطى المريضة مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية لتسكين الألم ولتقليل اليبوسة المفصالية لتستطيع متابعة عملها كسكرتيرة، ويجب مناقشة إعطاء الأدوية المعدلة للمرض (مثل الهيدروكسي كلوروكين / سلفاسالازين / ميتوتريكسات / ليفلونوميد) في حال عدم استقرار الأعراض بسهولة على مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية، وتؤخذ بعين الاعتبار إضافة اضداد العامل المنخر الورمي TNF عند عدم السيطرة على المرض باستخدام الميتوتريكسات.



الصورة 27.1: صورة بسيطة للقدم.

نقاط مفتاحية



- يعفّ التهاب المفاصل الرثياني عن المفاصل بين السلامية البعيدة.
- قد تكون الأعراض الجهازية في التهاب المفاصل الرثياني سابقة للأعراض المفصالية.
- يرتبط فقر الدم وارتفاع سرعة التثفل بفعالية المرض.
- قد تؤثر مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية سلباً على وظائف الكلى.

■ القصة السريرية:

تشكو امرأة عمرها 30 عاماً من ألم في الصدر، تعاني منه منذ مدة عامين بشكل متردد واختفى لمدة 6 أشهر لكنه عاود في الأشهر العشرة الأخيرة وهي قلقة من أن يكون مصدر الألم وقلبها، يبدأ الألم عادة في الجانب الأيسر من الصدر و ينتشر إلى الإبط الأيسر وتصفه بأنه ألم خائق وعاصر يستمر لمدة تتراوح من 5 إلى 30 دقيقة في كل مرة، أن يحدث في أي وقت وغالباً ما يرتبط بممارسة التمارين الرياضية ولكنه يحدث أيضاً أثناء الراحة خاصة في المساء، يترافق عادة بضيق في التنفس، يجعلها الألم تتوقف عن كل ما تفعله وغالباً ما تشعر بالإغماء أو الدوار بسبب الألم. في بعض الأحيان يحدث خفقان بعد بداية الألم، وبسؤالها بشكل مفصل عن الخفقان وصفته بأنه إحساس بضربات قلب قوية ولكن ثابتة.

بالسوابق المرضية لديها تم استئصال الزائدة الدودية في عمر 15 عاماً، وفي عمر 24 عاماً خضعت لعدة استقصاءات بسبب عدم انتظام عادات التغوط وألم في البطن ولكن لم يتم التوصل إلى تشخيص محدد؛ ولا تزال هذه الأعراض تزعجها. وتعاني من التهاب الأنف التحسسي الفصلي. زارت أحد المخابر منذ عامين وأجرت تحليلاً لمستوى الكولسترول والذي كانت نتيجته 4.1 ملمول/لتر. في القصة العائلية توفي جدها بسبب احتشاء عضلة القلب قبل عام وكان عمره 77 عاماً، ويعاني العديد من أفراد عائلتها من حمى القش أو الربو وهي تعمل سكرتيرة ومتزوجة وليس لديها أطفال.

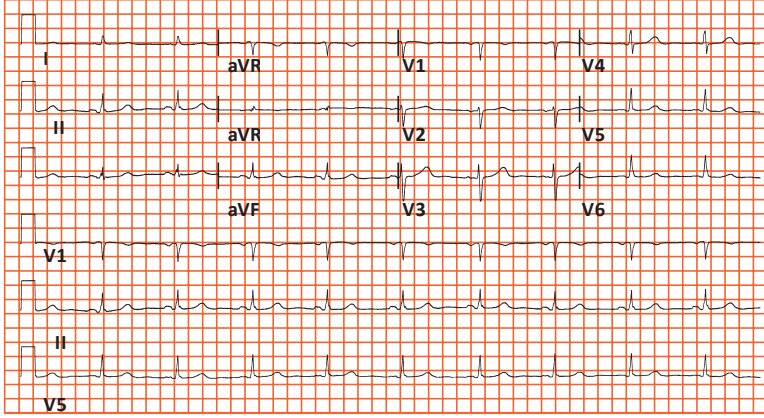
■ الفحص السريري:

ضغط الدم 102/65 مم زئبق والنبض 78/الدقيقة ومنتظم، أصوات القلب طبيعية، يوجد مضض خفيف بالجس في الجانب الأيسر من الصدر على يسار القص وفي المنطقة تحت الثدي الأيسر، معدل التنفس 22/دقيقة، فحص الرئتين ضمن الطبيعي، ويوجد مضض في الحفرة الحرقفية اليسرى.

الاستقصاءات:



- تم إجراء تخطيط قلب، الصورة 28.1.
- طلبت المريضة أن تتم إحالتها لإجراء تصوير للشرابين الإكليلية لاستبعاد وجود مرض قلبي إكليلي مهم.



الصورة 28.1: تخطيط القلب الكهربائي.

- الأسئلة: ما الذي يمكنك أن تفعله؟ •

إن تخطيط القلب الكهربائي لدى المريضة طبيعي، ولا يحمل الألم الموجود لديها أي مواصفات تدل على انه قلبي إقفاري حيث أن علاقته بالجهد غير واضحة ويبدأ في الجانب الأيسر ويستمر لمدة تصل إلى 30 دقيقة. استناداً إلى المعلومات المقدمة هنا فإن من المعقول كشف مخاوفها وطمأنتها بأن هذا غير مرجح أن يمثل داء اكليلي، قد تكون المريضة قلقة بشأن وفاة جدها بسبب مرض قلبي إقفاري؛ ربما كان يعاني من أعراض قبل وفاته مرتبطة بمخاوف المريضة، وبالنظر للخطورة فإن وفاة جدها عن عمر يناهز 77 عاماً دون أي إصابات أخرى لدى الأقارب لا تعتبر عامل خطر ذا صلة. لقد تصرف المريضة بناء على قلقها بالفعل وقامت بتحليل نسبة الكوليسترول لديها (ووجد أنها طبيعية).

لديها قصة تجعلنا نشك بإصابتها بمتلازمة الأمعاء الهوجية بسبب الألم المستمر وتغيير عادات التغوط ونتائج طبيعية للاستقصاء عن ذلك. عادة ما يكون ألم الصدر الإقفاري في مركز الصدر وغالباً ما يتكرر عند تكرار نفس العامل المحرض، قد يعكس ضيق التنفس المصاحب فرط التهوية المرافق للألم والذي يسبب لها الدوخة والخفقان.

يجب استقصاء خصائص الألم وترافقه مع ضيق التنفس به بشكل أوسع، يمكن أن يوصف الربو في بعض الأحيان بأنه ضيق أو ألم في الصدر؛ تذكر أن المريضة تعاني من التهاب الأنف التحسسي الفصلي ولديها قصة عائلية للربو. توجد أسباب هضمية للألم مثل التهاب المريء بالفلس ولكنه غير محتمل بالنظر إلى موقع الألم وعلاقته بالتمرين. يستبعد طول مدة المرض الأسباب الأخرى لألم الصدر الحاد مثل التهاب التامور. قد يتم الكشف عن فرط التهوية المزمن أو الزلة التنفسية نفسية المنشأ بوجود انخفاض PaCO₂ غالباً مع انخفاض مستوى البيكربونات المعاوز ونمط التنفس غير الطبيعي (غالباً مع أنفاس التنهد) ومع ذلك من المهم أن نتذكر أن المرضى الذين يعانون من الزلة التنفسية نفسية المنشأ قد يتطور لديهم أمراض أخرى.

تمكن مشكلة الشروع في إجراء الاختبارات في عدم وجود اختبار مسحي بسيط يمكن أن يستبعد بشكل قاطع وجود مرض مهم في الشرايين الاكليلية، قد تؤدي العديد من الاستقصاءات الى تعزيز اعتقاد المريضة بمرضها، وقد تظهر النتائج إيجابية كاذبة مما يؤدي لتفاقم مخاوفها. ومع ذلك، إذا لم يكن من الممكن طمأنة المريض ببساطة، فقد يكون من المناسب المضي قدماً في اختبار الجهد أثناء ممارسة التمارين الرياضية أو أي جهد آخر؛ وإذا كان طبيعياً سيمكن طمأنتها بقوة وبكل ثقة. لن يكون تصوير الشرايين الاكليلية مناسباً بدون معلومات أخرى تثير درجة أعلى من الشك بخطر وجود داء اكليلي.

نقاط مفتاحية



- يتميز الداء القلبي الإقفاري بأنه يسبب ألم في مركز الصدر وليس على الجانب الأيسر.
- يظهر تخطيط القلب الكهربائي أثناء الراحة علامات نقص التروية أو الاحتشاء السابق ولكنه ليس اختباراً حساساً جداً لمرض القلب الإقفاري.

■ القصة السريرية:

تم إحضار امرأة عمرها 30 عاماً إلى قسم الإسعاف الساعة 2 ظهراً من قبل زوجها القلق من تناولها بعض الأقراص محاولة إيذاء نفسها، لدى المريضة قصة توحى بالاكتئاب منذ ولادة ابنها قبل 3 أشهر وتلقت بعض النصائح منذ ذلك الوقت ولكنها لم تتناول أي دواء، في الليلة السابقة حوالي الساعة 10 مساءً، أخبرت زوجها أنها ستتناول بعض الحبوب وأغلقت على نفسها الحمام، ثم بعد ساعتين من المحاولة أقنعها بالخروج وقالت أنها لم تتناول أي شيء، ذهبوا إلى السرير ولكنه أحضرها الآن لأنها اشتكت من بعض الغثيان، وهو قلق من أنها تناولت شيئاً ما عندما كانت في الحمام، كانت الأقراص الوحيدة الموجودة في المنزل هي الأسبرين والباراسيتامول والتميازيبام، والتي يتناولها أحياناً لعلاج الأرق.

تشكو المريضة من بعض الغثيان، لم تتقيأ، لديها بعض الانزعاج البطني. لا يوجد سوابق طبية أو عائلية ذات صلة، وعملت المريضة كأخصائية اجتماعية حتى الأسبوع 30 من الحمل.

■ الفحص السريري:

المريضة يقظة ذهنياً عند الفحص وتقول إنها تشعر بالحزن، معدل نبضها 76/دقيقة، ضغط الدم 78/124 ممز، معدل التنفس 16/دقيقة، يوجد مضض خفيف في الجزء العلوي من البطن، وبقية الفحص ضمن الطبيعي.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	12.7 g/dL	11.7-15.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	87 FL	80-99 FL
White cell counts	$6.8 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$230 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Prothrombin time	18s	10-14s
Sodium	139 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	3.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	4.6 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	81 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Alkaline phosphatase	88 IU/L	30-300 IU/L
Alanine aminotransferase (AAT)	37 IU/L	5-35 IU/L
Gamma-glutamyl transpeptidase	32 IU/L	11-51 IU/L
Glucose	5.1 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L

☒ السؤال:

- ماذا يجب أن يكون التدبير الآن؟

لا يتضح من القصة أن المريضة نفسها قد سُئلت عن أي أقراص أو أدوية أخرى تناولتها، ومن المهم التأكد من ذلك. من بين الأدوية الثلاثة المذكورة فإن الدواء الوحيد المحتمل أن يكون ذا صلة هو الباراسيتامول. أما الأسبرين والستيرويدات فمن المرجح أن يسببوا مزيداً من الأعراض في أقل من 14 ساعة إذا تم تناولهما بكميات كبيرة. ومع ذلك ينبغي قياس مستوى الساليسيلات والذي لم يكن مرتفعاً عند هذه المريضة، ونظراً لغياب النعاس في هذا الوقت فليس من الضروري أخذ التيازيبام في الاعتبار أكثر من ذلك.

تسبب الجرعة الزائدة من الباراسيتامول أذية كبدية وكلوية ويمكن أن تؤدي إلى الوفاة بسبب القصور الكبدي الحاد. تتعلق شدة التسمم بالباراسيتامول بالجرعة، حيث تعتبر الجرعة 15 غ خطيرة لدى معظم المرضى، وقد يكون المصابون بمرض كبدي موجود مسبقاً والذين يتناولون كميات كبيرة من الكحول عرضة للأذية بجرعات أصغر.

الشدوذ الوحيد المهم في تحاليل الدم هو تطاول زمن البروثرومبين قليلاً وارتفاع بسيط في AAT، يعد تطاول زمن البروثرومبين (يتم التعبير عنه بالنسبة الطبيعية الدولية international normalized ratio أو INR) إشارة إلى احتمال تناول جرعة زائدة من الباراسيتامول، وغالباً ما يكون هذا هو التحليل الأول الذي يضطرب عند وجود أذية كبدية ناتجة من جرعة زائدة من الباراسيتامول. إذا كان INR غير طبيعي خلال الـ 24 ساعة فإن وجود أذية كبدية شديدة وارد جداً. تظهر أعراض قليلة خلال الـ 24 ساعة الأولى باستثناء الغثيان والإقياء وعدم الارتياح البطني، قد تترافق مع مضض فوق الكبد، وعادة ما تصبح تحاليل وظائف الكبد مضطربة بعد أول 24 ساعة. تحدث الأذية الكبدية العظمى (وفقاً لتحاليل إنزيمات الكبد المرتفعة وINR) في الأيام 3-4 بعد تناول الجرعة الزائدة وقد يتطور القصور الكبدي الحاد بين الأيام 3 و5، ويحدث القصور الكلوي عند حوالي 25% من مرضى الأذية الكبدية الشديدة وفي حالات نادرة يمكن أن يحدث القصور الكلوي دون أذية كبدية مهمة.

ينبغي معايرة مستوى الباراسيتامول بشكل عاجل؛ وفي حالة هذه المريضة وُجد أنه مرتفع. إن الاستدلال على الأذية الكبدية المبكرة من INR قد يشير في حد ذاته إلى أن العلاج باستخدام acetylcysteine ممكن، وكلما تم استخدامه مبكراً كان أفضل، وبالتأكيد لا يزال مفيداً بعد 16 ساعة من تناول الدواء. في هذه الحالة، أكد مستوى الباراسيتامول البالغ 64 مغ/ل أن العلاج ممكن وأن خطر الأذية الكبدية الشديدة مرتفع. يمكن دائماً الحصول على مزيد من النصائح عن طريق الاتصال بإحدى خدمات معلومات السموم الوطنية. يجب مراقبة الشوارد واختبارات وظائف الكبد والكلية ودراسات التخثر بعناية خلال الأيام القليلة الأولى والإحالة إلى وحدة الكبد في حالة وجود خلل وظيفة كبدية ملحوظ. يعتبر مرضى القصور الكبدي الصاعق مؤهلين لزرع الكبد بشكل عاجل.

المجالات الأخرى التي يجب معالجتها في هذه الحالة هي الحالة العقلية وسلامة ورعاية ابنها وأي أطفال آخرين. تناولت هذه المريضة جرعة زائدة خطيرة من الدواء وينبغي أن

بإرهاق طبيب نفسي أو غيره من العاملين الصحيين المدربين تدريباً مناسباً. يجب تقييم أي خطر محتمل على الطفل قبل عودتها إلى المنزل.

نقاط مفتاحية



- الأسيتيل سيستئين الوريدي والميثيونين الفموي هما علاجان فعالان لفرط جراحة الباراسيتامول إذا تم البدء بهما في وقت مبكر بما فيه الكفاية.
- يمكن استخدام مستويات الباراسيتامول للتعويض بالأذية وتوجيه العلاج إذا كان الوقت منذ تناول الجرعة الزائدة معروفاً.
- يجب الاشتباه بتناول جرعة زائدة من الباراسيتامول لدى أي مريض يتم قبوله في المستشفى بسبب خلل في اختبارات وظائف الكبد والخثار بدون سبب آخر واضح.

■ القصة السريرية:

حضرت ممثلة عمرها 23 عاماً إلى طبيبها العام تشكو من غياب دورتها الشهرية منذ 5 أشهر، بدأت الدورة الشهرية لديها في عمر 13 عاماً وكانت منتظمة، عند السؤال المباشر عن الوزن ذكرت أنها فقدت 8 كغ من وزنها خلال العام الماضي رغم شهيتها الجيدة، لم تعاني من أي أمراض خطيرة، عاطلة عن العمل حالياً، انفصلت عن صديقها منذ عام واحد، تشرب 10 وحدات من الكحول أسبوعياً ولا تدخن، ولا تتناول أي دواء بشكل منتظم.

■ الفحص السريري:

يبدو أن المريضة فقدت كتلتها العضلية وخاصة في أطرافها وأردافها، يبلغ طولها 1.7 متراً (5 أقدام و9 بوصات) وتزن 41 كغ فقط، لديها نمو زائد للشعر على خديها ورقبتها وساعديها، معدل نبضها 52/دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 60/96 ممز، بقية الفحص طبيعي.



الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	15.2 g/dL	11.7-15.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	84 FL	80-99 FL
White cell counts	$4.1 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$365 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	136 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	2.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Chloride	90 mmol/L	95-105 mmol/L
Bicarbonate	33 mmol/L	24-30 mmol/L
Urea	4.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	43 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	5.6 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Albumin	41 g/L	35-50 g/L

⊠ الأسئلة:

- ما هو التشخيص سريريًا؟
- كيف ينبغي استقصاء هذه المريضة وتدبيرها؟

هذه الترافيق بين غياب الطمث (انقطاع الطمث الثانوي)، فقدان الوزن (وصول لمؤشر كتلة الجسم [BMI] يبلغ 14.0) وقلاء استقلابي ناقص الكلور وناقص البوتاسيوم تتناسب جيداً مع تشخيص القهيم العصبي، وهو اضطراب يصيب المراهقين أو الشباب عادة ويتميز بفقدان شديد في الوزن، اضطراب في تصور الجسم (يرى المرضى أنفسهم على أنهم بدناء على الرغم من كونهم نحيفين بشكل واضح) وانقطاع الطمث (أو -عند الرجال- فقدان الرغبة الجنسية أو القوة) وهو شائع عند النساء أكثر من الرجال. غالباً ما يكون المصابون بهذا المرض يعملون بمهنة تكون فيها الصورة الشخصية مهمة جداً (مثل عارضات الأزياء، الممثلات، وراقصات الباليه) وقد يكون هناك محفز لاضطراب عاطفي مثل الانفصال من علاقة أو الفشل في امتحانات مهمة. قد يسيء المرضى استخدام المسهلات أو المدرات أو يحرضون التقبؤ الذاتي. يُظهر بعض المرضى سلوكاً نهامي ممثلاً في نوباً متكررة من الإفراط في الأكل ثم تحريض الإقياء ذاتياً، وغالباً ما ينكر المرضى أنهم مرضى أو أنهم بحاجة إلى رعاية طبية. هناك هزال ملحوظ مع بروز النواتئ العظمية بشكل واضح، الجلد جاف مع نمو شعر زغبي فوق العنق واليدين والأطراف؛ كما هو الحال عند هذه المرأة. عادة ما يوجد بطء قلب جيبى وانخفاض في ضغط الدم، قد يتواجد دشبذ على ظهر اليد (علامة Russell) بسبب ضغط الأسنان على الجلد أثناء تحريض الإقياء، وغالباً ما يلاحظ تورم في الغدة النكفية مع تغير لون الأسنان بسبب تأثير الحمض المعدي الذي يؤدي إلى فقدان ميناء الأسنان. تشمل المضاعفات الجسدية الشديدة اعتلال العضلات الدانية، اعتلال العضلة القلبية، واعتلال الأعصاب المحيطية.

! الأسباب الرئيسية لانقطاع الطمث الثانوي:

- أمراض الوطاء/النخامي (مثل قصور النخامي، فرط برولاكتين الدم).
- قصور الأفتاد (مثل قصور المبيض المناعي الذاتي، والمبايض متعددة الكيسات).
- أذية الرحم نتيجة لنزف ما بعد الولادة سابق أو استخدام الأدوات.
- المرض الكظري (مثل مرض كوشينغ).
- اضطرابات الدرق (مثل قصور الدرق وفرط نشاط الدرق).
- الأمراض المزمنة الشديدة (مثل السرطان، والقصور الكلوي المزمن).

هناك عدد من الآليات المتداخلة التي تسبب القلاء الاستقلابي لدى هذه المريضة، يسبب الإقياء خسارة لأيونات الهيدروجين والكلور مما يسبب القلاء ونقص كلور الدم، ويؤدي فقدان السوائل عن طريق الإقياء إلى قلة حجم البلازما مع ما يترتب على ذلك من فرط ألدوستيرونية ثانوي ليحبس الصوديوم والماء؛ ولكن مع الفقد الكلوي للبوتاسيوم بسبب إفرازه بدلاً من الصوديوم وحقيقة توفر عدد أقل من أيونات الهيدروجين للإفراز من قبل النبيبات الكلوية؛ تتضافر هذه الأحداث لتعطي صورة نموذجية للقلاء مع انخفاض الكلور

وارتفاع البيكربونات في الدم؛ ويحوي البول على كمية زائدة من البوتاسيوم وقليل جداً من الكلور. من المفيد قياس الإفراز البولي للكلور لمدة 24 ساعة؛ ويشير انخفاض الإفراز البولي للكلور (أقل من 10 ممول/يوم) إلى الإقياء، بينما تشير القيم الأعلى إلى إساءة استخدام المدرات.

يجب إحالة هذه المريضة إلى وحدة ذات اهتمام خاص باضطرابات تناول الطعام، وينبغي استبعاد الأمراض الجسدية الخطيرة الأخرى من خلال الاستقصاءات المناسبة. سنجد أن المستويات البلازمية للهرمون الملوتن (LH)، والهرمون المنبه للجريب (FSH) والأستروجين منخفضة. غالباً ما يتم قبول هؤلاء المرضى لعدة أسابيع في محاولة لزيادة وزنهم، ويتضمن ذلك اتباع نظام غذائي عالي السعرات الحرارية بدعم من الفريق الطبي والتمريضي. يتم العلاج النفسي الداعم بمحاولة إدراك المريض المضطرب لصورة الجسم الشخصية.

نقاط مفتاحية



- القهم العصبي هو سبب شائع لانقطاع الطمث لدى النساء الشابات.
- القلاء الاستقلابي ناقص البوتاسيوم هو شذوذ استقلابي مميز في هذه الحالة.
- قد يترافق القهم العصبي مع سوء استخدام المدرات أو المسهلات.

■ القصة السريرية:

حضرت امرأة مسنة عمرها 75 عاماً إلى طبيبها العام تشكو من ألم مستمر في أسفل ظهرها بدأ فجأة قبل أسبوع بعد حمل حقيبة ثقيلة في المطار، عانت المريضة من مشاكل متزايدة مع آلام الظهر على مدى السنوات العشر الماضية، وعلقت عائلتها سلبياً على وضعية انحناء ظهرها، ونقص طولها حوالي 10 سم خلال هذه الفترة. سوابقها المرضية المعروفة هي ربو مزمن شديد، وكثيراً ما تأخذ أشواط من الستيروئيدات القشرية الفموية لعدة أشهر ثلاث إلى أربع مرات في السنة، وتستخدم الستيروئيدات الإنشاقية بشكل منتظم، سقطت منذ عامين وأصيبت بكسر كولس في معصمها الأيسر، حدث انقطاع الطمث لديها في عمر 42 عاماً، تدخن 30 سيجارة يوميا وتشرب أربع زجاجات من النبيذ أسبوعياً.

■ الفحص السريري:

لدى المريضة حذب صدري مع مضمض فوق الفقرة L4، لديها بعض الفزر البطنية وعدد من الكدمات على ذراعيها وفخذيها، غير مصابة بفقر الدم، وبقية الفحص ضمن الطبيعي.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	11.9 g/dL	11.7-15.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	103 FL	80-99 FL	
White cell counts	$6.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$358 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
$10^9/L$ Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	8 mm/h	<10 mm/h	
Sodium	143 mmol/L	135-145	
mmol/L			
Potassium	4.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	5.9 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	102 μ mol/L	70-120 μ mol/L	
Calcium	2.42 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L	
Phosphate	1.26 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L	
Alkaline phosphatase	156 IU/L	30-300 IU/L	



☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المريضة؟

الصورة 31.1: صورة بسيطة للعمود القطني.

لدى هذه المرأة حذب وألم ظهري موضع ودليل شعاعي على وجود كسر؛ مما يقترح الانهدام الفقري الثانوي لهشاشة العظام كتشخيص محتمل، يعد فقدان الطول نموذجياً وعادةً ما يلاحظه الآخرون أكثر من المريض. الألم الظهري ناتج عن انهدام الفقرات والذي قد يحدث عفويًا أو بالتزامن مع إجهاد مهم مثل رفع أو حمل حمولة ثقيلة. يؤكد الفحص فقدان ارتفاع الجذع ووجود الحذب الصدري واقتراب الأضلاع من العرف الحرقفي.

لدى هذه المريضة عدة عوامل خطورة لهشاشة العظام:

أولاً: عمرها 75 عاماً، حيث تتوافق الشيخوخة بفقدان بنية العظام.
ثانياً: بدأ سن اليأس منذ أكثر من 30 عاماً (يساعد إنتاج المبيض للأستروجين قبل انقطاع الطمث في الحفاظ على الكتلة العظمية).
ثالثاً: تتناول الستيروئيدات القشرية الفموية والإنشاقية لسنوات عديدة لعلاج الربو.
وأخيراً: قد يكون الإفراط بتناول الكحول عاملاً أيضاً، حيث أن خلاياها الحمراء كبيرة الكريات وهو ما يتوافق مع تناول كميات كبيرة من الكحول، ويمكن أن يؤدي الكحول إلى زيادة حالات السقوط والكسور. وليس لديها أي دليل سريري على الانسمام الدرقي أو قصور النخامي، الذي قد يسبب هشاشة العظام.

التشخيص التفريقي لهشاشة العظام:

- الورم النقوي العديد.
- السرطان النقلي، خاصة من البروستات، الثدي، القصبات الهوائية، الدرق والكلية.
- تلين العظام.
- فرط نشاط جارات الدرق.
- العلاج بالستيروئيدات أو متلازمة كوشينغ.

يجب أن تخضع هذه المرأة لتحاليل دموية لاستبعاد الورم النقوي، السرطان، وأمراض العظام الاستقلابية. في حالة الورم النقوي يتواجد فقر الدم مع ارتفاع ESR وشرائط البارابروتينات أحادية النسيلة في الرحلان الكهربائي لبروتينات المصل. على النقيض من أمراض العظام الاستقلابية فإن القياسات المخبرية (كالكسيوم المصل، الفوسفاتاز القلوية والباراثورمون [PTH]) في هشاشة العظام تكون طبيعية. يجب إجراء صور بسيطة للعمود الفقري للمريضة وسيظهر انهدام الجسم الفقري على شكل إسفين أمامي غير منتظم يؤثر على بعض الفقرات دون غيرها (L1 و L4). يمكن إجراء فحص قياس امتصاصية الأشعة السينية ثنائي الطاقة (DEXA) لتقييم شدة هشاشة العظام، ولكن يستطب العلاج على أي حال عند حدوث كسر في هذا العمر.

يجب تخفيض جرعة المريضة من الستيروئيدات القشرية إلى الحد الأدنى الكاف للسيطرة على أعراض الربو لديها، وذلك باستخدام الطريق الإنشافي قدر الإمكان؛ يمكن أن تسبب الستيروئيدات الإنشاقية تكدّم وتأثيرات جهازية عند تناول جرعات عالية لفترة طويلة ولكنها نادراً ما تسبب هشاشة العظام وهي أكثر أماناً إلى حد كبير من الإغطاء الفموي. يجب أن تبدأ المريضة بتناول متمات الكالسيوم وفيتامين D والبيفسفونات لمحاولة تقليل فقدان العظمي لديها. أما العلاج الهرموني المعيب المعتمد على الاستروجين فيستخدم فقط للأعراض المرتبطة بانقطاع الطمث بسبب خطورة حدوث الانصمام الخثاري وسرطان بطانة الرحم. تشمل العلاجات الأخرى الممكنة لهشاشة العظام strontium وهرمون جارات الدرق.

نقاط مفتاحية



- هشاشة العظام شائعة عند كبار السن.
- يكون فقدان العظمي عند النساء أسرع منه عند الرجال.
- يعد تصوير DEXA هو الطريقة المفضلة لتحري هشاشة العظام.
- هناك علاجات فعالة بشكل متزايد متاحة لعلاج هشاشة العظام.

■ القصة السريرية:

حضرت امرأة عمرها 31 عاماً بقصة ألم بطني وانتفاخ في البطن منذ 6 سنوات، وتعاني من تغير في عادات التغوط (زيادة في حركة الأمعاء في بعض الفترات ليصل التغوط إلى أربع مرات في اليوم وفي بعض الفترات تعاني من الإمساك) ويؤدي تفرغ الأمعاء إلى ارتياح الألم الموجود في الحفرتين الحرقفتين. حدثت لديها مشاكل مماثلة عندما كان عمرها 17 عاماً تقريباً جعلتها تتغيب عن المدرسة. تعتقد أن آلامها تتفاقم بعد تناول الحمضيات وبعض أنواع الخضار والقمح وحاولت استبعاد هذه العناصر من نظامها الغذائي فشعرت بالراحة لبعض الوقت، لكن بشكل عام لم يحدث أي تغيير في الأعراض على مدار السنوات الست. تم فحصها في العيادة الهضمية العام الماضي وأجري لها تنظير كولون سيني وكان طبيعياً؛ وحينها وجدت أن الإجراء غير مريح وظهرت عليها أعراض مشابهة للألم البطني أثناءه. المريضة قلقة بشأن استمرار الألم وغير متشجعة لإجراء تنظير هضمي آخر.

لدى المريضة سوابق نوب من الصداع أحيانا وتم تشخيصها على أنها شقيقة، والدورة الشهرية لديها غير منتظمة مع آلام طمثية مزعجة، بدون أي سوابق مرضية أخرى ذات صلة وهي غير مدخنة ولا تشرب الكحول. توفيت جدتها والدة أبيها عن عمر يناهز 64 عاماً بسبب سرطان القولون، والداها على قيد الحياة وبصحة جيدة، تعمل كسكرتيرة.

■ الفحص السريري:

فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي طبيعي، الكولون لديها مجسوس وممض إلى حد ما في الحفرة الحرقفية اليسرى.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	11.9 g/dL	11.7-15.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	84 FL	80-99 FL	
White cell counts	$5.3 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$244 \times 10^9/L$	150-440 ×	
$10^9/L$ Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	8 mm/h	<10 mm/h	
Sodium	138 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	89 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Glucose	4.6 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L	

☒ السؤال:

- ما هو التشخيص المحتمل، وما هي الاستقصاءات التي يجب إجراؤها؟

إن نمط الألم وغياب العلامات الجسدية والاستقصاءات الطبيعية وتكرار حدوث الألم أثناء تنظيف السين، كلها عوامل تجعل من المحتمل أن تكون الحالة متلازمة الأمعاء الهيجية (IBS) وهي حالة شائعة جداً وتسبب عدد كبير من الإحالات إلى العيادات الهضمية، غالباً ما تكون نوبية بفترات متفاوتة من النكس والهجوم، وبين فترات التغطوط المتكرر وفترات إمساك نسبي، غالباً ما ترتبط حالات النكس بفترات الشدة. من الشائع وجود قصة لأمراض أخرى مثل الشقيقة وعدم انتظام الطمث. في حالة المريضة حيث العمر أقل من 40 عاماً وتعاني منذ 6 سنوات فمن المعقول قبول هذا التشخيص وطمأنة المريضة. ومع ذلك، فإن القصة العائلية لسرطان القولون تثير احتمال وجود حالة مثل داء البوليبات القولونية العائلي؛ لذا ينبغي تحري السوابق العائلية وظروف وفاة الجدة ومشاعر المريضة حول هذا الأمر بشكل أكبر. قد يساهم القلق بشأن السوابق العائلية في ظهور الأعراض التي تعاني منها المريضة أو تظاهرها في هذا الوقت. إذا كان هناك أفراد على قيد الحياة في العائلة مصابين بداء البوليبات القولونية، فيمكن استخدام سبر DNA لتحديد أفراد الأسرة المعرضين للخطورة، وإذا بقي أي شك لدى هذه المرأة فمن المنطقي إجراء حقنة الباريوم الشرجية أو تنظيف القولون لاستبعاد أي شذوذات مهمة.

يعتمد تشخيص IBS على استبعاد الحالات الهامة الأخرى مثل الداء المعوي الالتهابي، داء الارتوج، أو الخبائثة في الأمعاء الغليظة. عند المرضى الذين تقل أعمارهم عن 40 عاماً عادةً ما يتم ذلك بناءً على القصة والفحص السريري وتعداد الدم الكامل و ESR الطبيعيين؛ بينما ينبغي إجراء تنظيف السين، حقنة الباريوم الشرجية، أو تنظيف القولون للمرضى الأكبر سناً.

ويجب وضع خطة للاستقصاء والتدبير بشكل واضح. حيث تميل الأعراض لدى المريضة إلى أن تكون مستمرة ولا تساعد الاستقصاءات الطبيعية المتكررة التي تبحث عن السبب الكامن وراءها، فيمكن تخفيف الأعراض عن طريق الأدوية المضادة للتشنج أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، ويستفيد بعض المرضى من تناول نظام غذائي غني بالألياف.

نقاط مفتاحية



- متلازمة الأمعاء الهيجية هي اضطراب شائع ويصعب علاجه.
- يعد شرح الحالة للمريض جزءاً مهماً من التدبير.
- غالباً ما يؤدي تنظيف السين مع نفخ الهواء إلى ظهور أعراض IBS.

■ القصة السريرية:

تم قبول موظفة مسرح سوداء من جنوب إفريقيا عمرها 28 عاماً في قسم الإسعاف في لندن بشكاية صداع وتخليط ذهني. تطور الصداع الذي تعاني منه خلال الأسابيع الثلاثة الماضية حيث تزايدت شدته، وحالياً هو مستمر ومنتشر. تقول صديقتها التي ترافقها أنها فقدت 10 كغ من وزنها خلال 6 أشهر، وأصبحت في الآونة الأخيرة في حالة تخليط ذهني متزايد وكلامها متلعثم. حدث لديها اختلاج مقوي رمعي معمم أثناء وجودها في قسم الإسعاف.

■ الفحص السريري:

المريضة نحيفة وزنها 55 كغ، درجة حرارتها 38.5 درجة مئوية، يوجد لديها داء المبيضات الفموي، لا ضخامة عقد لمفية، فحص الجهاز القلبي الوعائي والتنفسي والهضمي طبيعي، أظهر الفحص العصبي قبل حدوث الاختلاج أنها مشوشة في الزمان والمكان والأشخاص، لا علامات عصبية بؤرية، يُظهر تنظير قعر العين وذمة حلزمية ثنائية الجانب.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	12.2 g/dL	11.7-15.7 g/dL
White cell counts	$12.1 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$365 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	126 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	6.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	73 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	5.6 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L



☒ الأسئلة:

- ما سبب الصداع والتخليط والاختلاجات لدى هذه المرأة؟
- ما هو التشخيص الأساسي؟
- كيف ينبغي مواصلة فحص هذه المرأة وعلاجها؟

الصورة 33.1: طبقي محوري للدماغ.

هذه المرأة مصابة بداء المقوسات الدماغية cerebral toxoplasmosis الثانوي للإنتان بـ HIV. تحدث هذه الحالة بسبب طفيلي المقوسة الغوندية الذي يصيب القطط في المقام الأول ولكن يمكن أن يحمله أي حيوان من ذوات الدم الحار. في الغرب أصيب ما بين 30 إلى 80% من البالغين عن طريق تناول طعام أو ماء ملوث بفضلات القطط أو عن طريق تناول اللحوم النيئة من الأغنام أو الخنازير الحاوية على كيسات المقوسة. بعد تناولها من قبل البشر، تنقسم المتعضية بسرعة داخل البالعات وتنتشر إلى العضلات والدماغ. يضبط الجهاز المناعي الإنتان بسرعة وتبقى الكيسات هاجمة. يكون الإنتان الأولي لا عرضي عادة ولكن يمكن أن يسبب مرضاً حاداً من نمط كثرة الوحيدات مع ضخامة عقد لمفية معممة وطفح جلدي. قد يترك تندبات في المشيمية والشبكية وأفات التهابية صغيرة في الدماغ. إذا أصبح المضيف ناقص المناعة تبدأ المتعضية بالتكاثر، مما يسبب داء المقوسات.

يعد هذا المرض محددًا لـ AIDS ولكنه نادر نسبيًا عند متلقي زرع الأعضاء الصلبة. يتظاهر داء المقوسات الدماغية بمرض تحت حاد يشمل الحمى والصداع والتخليط والاختلاجات والاضطراب المعرفي، والعلامات العصبية البؤرية بما فيها الخزل الشقي والرنح، وأفات الأعصاب القحفية عيوب الحقل البصري، وفقدان الحس؛ كما أن اضطرابات الحركة شائعة بسبب إصابة العقد القاعدية. عادةً ما يُظهر CT أو التصوير بالرنين المغناطيسي آفات ثنائية الجانب متعددة معززة للمادة الظليلة بشكل حلقي تتوضع في الغالب بالقرب من تقاطع المادتين الرمادية والبيضاء، والعقد القاعدية، وجذع الدماغ، والمخيخ. تشمل التشخيصات التفريقية السريرية والشعاعية اللفوما، السل، المستخفية، الأورام الثانوية والخراجات الجرثومية. عادةً وليس دائماً؛ نجد أن ضد المقوسة IgG إيجابياً في مرضى التهاب الدماغ بالمقوسات.

تشمل الأدلة الأخرى في هذه الحالة لتشخيص الإنتان بـ HIV بلد المريض الأصلي، فقدان الوزن وداء المبيضات الفموية. يحدث الصداع ووذمة الحليمة بسبب ارتفاع الضغط داخل القحف الناتج عن الآفات المتعددة الشاغلة للحيز. يرجع نقص صوديوم الدم إلى متلازمة الإفراز غير الملائم للهرمون المضاد للإدرار (SIADH) نتيجة لارتفاع الضغط داخل القحف.

يجب أن تبدأ هذه المرأة بتناول مضادات الاختلاج لمنع حدوث المزيد من النوبات، ويبدأ العلاج بجرعة عالية من السلفاديازين والبيريميثامين مع حمض الفوليك للوقاية من تثبيط نقي العظم؛ يجب أن يحدث تحسن سريري وشعاعي سريع؛ وعند عدم الاستجابة خلال 3 أسابيع ينبغي الأخذ في الاعتبار أخذ خزعة من إحدى الآفات. داء المقوسات الدماغية قاتل إذا لم يتم علاجه وحتى بعد العلاج فإن العواقب العصبية شائعة.

يجب تقديم المشورة للمريضة بشأن الإنتان بـ HIV ، ويجب الحصول على الموافقة لإجراء اختبار HIV، يجب قياس الحمل الفيروسي لـ HIV وتعداد CD4 لديها والبدء في تناول الأدوية المضادة للفيروسات التقهقرية. كما ينبغي نصحتها بالاتصال بشركائها الجنسيين السابقين حتى يتم فحصهم والبدء في العلاج بمضادات الفيروسات التقهقرية، وعليها أيضاً

إخبار قسم الصحة المهنية التابعة لها حتى يتم أخذ النصائح المناسبة بشأن الاتصال بالمرضى وفحصهم وطمأنتهم. إن خطر انتقال HIV من عامل الرعاية الصحية إيجابي HIV إلى المريض صغير جداً.

نقاط مفتاحية



- داء المقوسات هو العدوى الانتهازية الأكثر شيوعاً التي تصيب الجهاز العصبي المركزي لدى مرضى AIDS.
- قد يتظاهر المرضى بالصداع، التخليط، الاختلاجات، والعجز العصبي البؤري.
- تكون الاستجابة السريرية والشعاعية للعلاج سريعة عادة.

■ القصة السريرية:

تم قبول امرأة من أصل أفريقي كاريبي تبلغ من العمر 23 عاماً في قسم الإسعاف بعد إصابتها بنوبتين اختلاجيتين مقويتين رمعيتين معممتين شهدتهما والدتها التي تقول إن ابنتها أصبحت تتصرف بغرابة متزايدة وكانت تسمع أصواتاً تتحدث عنها. اشتكت مؤخراً من صداع شديد، ونقص وزنها ولاحظت تساقط شعرها، كما اشتكت من تعرق ليلي وآلام مفصالية متقلبة تصيب بشكل رئيسي المفاصل الصغيرة في يديها وقدميها. تعمل كموظفة في البنك، تدخن من 5 إلى 10 سجائر يومياً وتستهلك حوالي 10 وحدات من الكحول أسبوعياً، لا تتناول أي دواء بشكل منتظم، وليس لديها سوابق طبية أو نفسية مهمة.

■ الفحص السريري:

المریضة في حالة وسن لكن مستجيبة للألم، لا صلابة نقرة، شعر فروة رأسها رقيق وبقعي، حرارتها 38.5 درجة مئوية، لديها العديد من العقد اللمفية الصغيرة المجسوسة. نبضها 104/دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 102/164 ممز. فحص الجهاز القلبي الوعائي والتنفسي والبطن طبيعي، لا أعراض عصبية بؤرية بالفحص العصبي ولا وذمة حليمة.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	7.2 g/dL	11.7-15.7 g/dL Mean
corpuscular volume (MCV)	85 FL	80-99 FL
White cell counts	$2.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$72 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$ Erythrocyte
sedimentation rate (ESR)	90 mm/h	<10 mm/h Sodium 136
mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	4.2 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	16.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	176 μ mol/L	70-120 μ mol/L
Glucose	4.8 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L Lumbar
puncture		
Leucocytes	150/mL	<5/mL
Cerebrospinal fluid (CSF) protein	1.2 g/L	<0.4 g/L
CSF glucose	4.1 mmol/L	<70 per cent plasma glucose value

Urinalysis: +++ protein; +++ blood

Urine microscopy: ++ red cell; red cell casts present Chest X-ray: normal

Electrocardiogram (ECG): sinus tachycardia Computed

tomography (CT) of the brain: normal CSF Gram stain: negative

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكنك فحص المريضة وتديرها؟

لدى هذه المريضة عدد من الأعراض المهمة، خاصة الاختلاجات المعممة، الهلوسات السمعية، الحمى، الألام المفصلية، والتعبية. تظهر الاستقصاءات انخفاض الخضاب والكريات البيض والصفائح مع خلل في الوظيفة الكلوية ووجود دم وبروتين وخلايا في البول، ويحتوي CSF على كريات بيض ومحتوى عالي من البروتين بدون جراثيم. هذا مرض متعدد الأجهزة، وأكثر ما يفسر الأعراض ونتائج الاستقصاءات هو تشخيص الذئبة الحمامية الجهازية (SLE)؛ هو أحد أمراض المناعة الذاتية وأكثر شيوعاً لدى النساء بحوالي 9 مرات مقارنة بالرجال وشائع بشكل خاص لدى الأفراد من منطقة البحر الكاريبي الأفارقة والآسيويين، يختلف في شدته من مرض خفيف يسبب طفح جلدي أو آلام مفصلية إلى مرض متعدد الأجهزة مهدد للحياة.

في الدماغ تسبب SLE التهاب الأوعية الصغيرة ويمكن أن تتظاهر بالاكتئاب، الذهان الشبيه بالفصام، الاختلاجات، الرقص، واحتشاء النخاع الشوكي/بؤري في الدماغ؛ سوف يُظهر MRI آفات وعائية التهابية في الدماغ ويظهر البزل القطني عادةً ارتفاع تعداد الكريات البيض ومستوى البروتين. قد يحدث فقر الدم الانحلالي إيجابي كومبس، قلة الكريات البيض وقلة الصفائح شائعة، التهاب الكبد والكلية هو مظهر شائع آخر للذئبة وقد يتظاهر ببيلة دموية/بروتينية مجهرية /متلازمة كلائية /قصور كلوي. يصيب التهاب المفاصل عادة المفاصل بين السلامية الدانية والسنية السلامية والرسغين، وعادةً ما يكون على شكل ألم مفصلي دون أي تشوه.

التشخيص التفريقي لاجتماع الصداع/السمات النفسية/الاختلاجات

- التهاب السحايا/التهاب الدماغ.
- تعاطي المخدرات "الترفيهية" (مثل الكوكايين).
- ورم دماغي.
- السحب الحاد للكحول: الهذيان الارتعاشي.
- اعتلال الدماغ بفراط ضغط الدم.

تحتاج هذه المريضة إلى علاج عاجل خافض لضغط الدم وعلاج مضاد للاختلاج. يجب إرسال الدم للحصول على معايرة أضداد DNA (الموجودة في SLE) ومستويات المتممة C3 و C4 (تكون منخفضة في SLE). توفر الخزعة الكلوية دليلاً نسيجياً على شدة التهاب الكلية الذئبي. بمجرد استبعاد الإنتان الفعال، يجب البدء بالستيروئيدات الوريدية والعوامل السامة للخلايا مثل السيكلوفوسفاميد، ويمكن إجراء تبادل البلازما في الحالات الشديدة أو المقاومة.

نقاط مفتاحية



- SLE شائعة بشكل خاص بين النساء الشابات من أصل أفريقي في منطقة البحر الكاريبي.
- قد تتظاهر SLE بسمات عصبية أو نفسية في الغالب.
- يكون انخفاض تعداد الكريات البيض أو انخفاض تعداد الصفيحات سمة تشير إلى SLE غالباً.

■ **القصة السريرية:**

حضر رجل عمره 38 عاماً إلى طبيبه العام بشكوى كتلة غير مؤلمة على الجانب الأيمن من عنقه موجودة منذ شهرين تقريباً ويبدو أنها تتضخم. لم يحدث لديه أي إنتانات في الحلق مؤخراً، يشعر بالإعياء بشكل عام وفقد حوالي 5 كغ من وزنه، ويحدث لديه تعرق ليلي غزير، كما لاحظ حكة شديدة معممة. ليس لديه سوابق مرضية، وهو محاسب ومتزوج ولديه ثلاثة أطفال، غير مدخن ولا يتعاطى الكحول ولا يتناول أي دواء بشكل منتظم.

■ **الفحص السريري:**

حرارة المريض 37.8 درجة مئوية، توجد كتلة مجسوسة ناعمة وثابتة تقيس 3 × 4 سم في الحفرة فوق الترقوة اليمنى، هناك أيضاً عقد لمفية يبلغ قطرها 1-2 سم مجسوسة في كل من الإبطين والمنطقة الإربية، يبدو أن بلعومه الفموي طبيعي، توجد سحجات متعددة على جلده. نبضه 100/دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 66/112 ممز، فحص الجهاز القلبي الوعائي والتنفسي طبيعي، وجد بفحص البطن كتلة مجسوسة على بعد 3 سم تحت الحافة الضلعية اليسرى؛ مصمتة بالقرع ومن غير الممكن جس حافتها العلوية. الفحص العصبي طبيعي.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	11.6 g/dL	13.3-17.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	87 FL	80-99 FL
White cell counts	12.2 × 10 ⁹ /L	3.9-10.6 × 10 ⁹ /L
Platelets	321 × 10 ⁹ /L	150-440 × 10 ⁹ /L
Erythrocyte sedimentation rate	74 mm/h	<10 mm/h
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.2 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	5.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	114 µmol/L	70-120 µmol/L
Calcium	2.44 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.1 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L
Total protein	65 g/L	60-80 g/L
Albumin	41 g/L	35-50 g/L
Bilirubin	16 mmol/L	3-17 mmol/L
Alanine transaminase	22 IU/L	5-35 IU/L
Alkaline phosphatase	228 IU/L	30-300 IU/L
Urinalysis:	no protein; no blood	

☒ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكنك فحص المريض وتديبره؟

العقد الصغيرة المتحركة في العنق أو المغبن هي موجودات حميدة شائعة؛ ومع ذلك فإن كتلة من العقد بقياس 3×4 سم لمدة شهرين فهي شاذة بلا شك. تشير ضخامة العقد اللمفية الثابتة والأعراض البنيوية إلى تشخيص محتمل للمفوما أو ابيضاض الدم المزمن، كما يعتبر كل من الساركوما والسرطان من التشخيص التفريقي ولكن بنسبة أقل احتمالاً؛ إن العقد اللمفية إن وجدت فعادة ما تكون بالكاد مجسوسة؛ ومن المهم جداً تحديد سمات العقد اللمفية المتضخمة في الإنتانات الحادة حيث تكون العقد ممضمة وقد يكون الجلد المغطي أحمر، بينما نجد أن العقد السرطانية صلبة للغاية ومنتبثة وغير منتظمة، أما عقد ابيضاضات الدم المزمنة والمفوما فهي غير ممضمة، ثابتة ومطاطية؛ لذا قد يكون توزع العقد اللمفية المتضخمة مشخصاً. قد يسبب المرض والإنتان البسيطين المتكررين تضخم العقد اللمفية المرضية، وقد يكون تضخم العقد فوق الترقوة اليسرى ناتجاً عن انتشار نقيلي من سرطان القصبات وسرطان البلعوم الأنفي أو من سرطان المعدة (عقدة Virchow). ومع ذلك فإن من المرجح وجود مرض جهازي عند وجود ضخامة عقد لمفية معممة مع أو بدون ضخامة طحالية. تشمل الأعراض الجهازية النموذجية للمفوما الدعث، الحمى، التعرق الليلي، الحكة، فقدان الوزن، فقدان الشهية والتعب. تشير الحمى إلى مرض منتشر وقد تترافق بالتعرق الليلي. إن الحكة الشديدة في الجلد هي سمة من سمات بعض حالات المفوما والأمراض التكاثرية النقية الأخرى.

يزداد حدوث المفوما بشكل كبير في المرضى ناقصي المناعة، مثل متلقي زرع الأعضاء والمرضى المصابين بإنتان بـHIV.

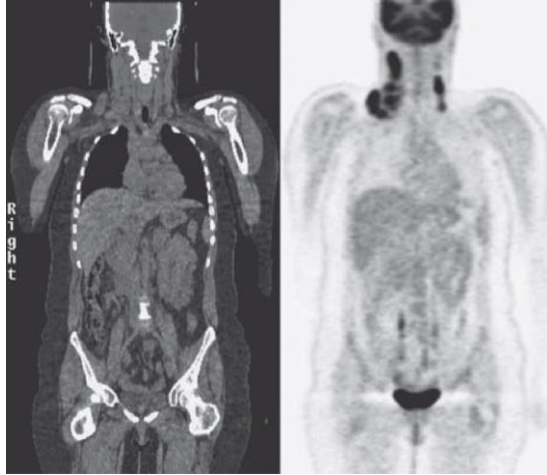
التشخيص التفريقي الرئيسي لضخامة العقد اللمفية المعممة:

- الإنتانات: داء كثرة الوحيدات الخمجية أو "الحمى الغدية" (الناجمة عن إنتان بفيروس ابشتاين - بار)، داء المقوسات، الإنتان بالفيروس المضخم للخلايا، الإنتان الحاد بـ HIV السل، داء البروسيل.
- الحالات الالتهابية: الذئبة الحمامية الجهازية، التهاب المفاصل الرثياني والساركوما.
- المفوما أو ابيضاض الدم للمفاوي المزمن.

التشخيص السريري المحتمل لدى هذا الرجل هو المفوما، ويجب إحالته إلى وحدة علم الدم والأورام المحلية. يجب إجراء خزعة عقدة لمفية للوصول إلى تشخيص نسيجي وCT للصدر والبطن ونقي العظم لوضع التصنيف المرحلي للمرض. CT Scanning هو وسيلة غير باضعة وفعالة لتصوير العقد خلف البريتوان والحرقفية والمسايقية.

يزيد التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) بالمشاركة مع CT من حساسية كشف المرض (الصورة 35.1) وهو مفيد لتقييم الاستجابة للعلاج. سيحتاج المريض لكلا العلاجين الشعاعي والكيميائي، ويحتفظ بالعلاج الشعاعي وحده للمرضى المصابين بمرض

محدود، بينما هذا المريض يعاني من مرض منتشر. يجب إعطاء ألوبورينول قبل بدء العلاج الكيميائي لمنع الإطلاق الكتلي لحمض البول كنتيجة لتحلل الورم، والذي يمكن أن يسبب القصور الكلوي الحاد.



الصورة 35.1 صورة CT-PET تظهر النشاط المتزايد في العقد اللمفية المتضخمة، وخاصة في الجانب الأيمن من العنق.

نقاط مفتاحية



- إن سمات وتوزع العقد اللمفية الشاذة مفيدة في الوصول إلى التشخيص.
- تشدير ضخامة العقد اللمفية التي يصيب مجموعتين منفصلتين أو أكثر من العقد إلى اللمفوما أو الإنتان الجهازى.
- يتيح مسح CT-PET وضع التصنيف المرحلي الدقيق للمرض وتقييم الهجوم استجابة للعلاج.

■ **القصة السريرية:**

تعاني امرأة مسنة عمرها 74 عاما من آلام أسفل البطن متكرر منذ مدة 10 سنوات، الألم ماغص بطبيعته ومرتبب بشعور بالانتفاخ في الحفرة الحرقفية اليسرى، ويخف عن طريق تمرير الريح أو البراز، يميل تغوط المريضة إلى الإمساك وتمرر البراز بشكل قطع صغيرة. قبل أربع سنوات خرج بعض الدم مع التغوط وأجرت حقنة باريوم شرجية تظهر بالأشعة السينية كما في الصورة 36.1. خلال الأسبوع الماضي ازداد الألم سوءا، وتعاني الان من آلام مستمرة في الحفرة الحرقفية اليسرى وتشعر بشكل عام انها ليست على ما يرام، كما أن شهيتها ضعيفة ولم يحدث تغوط منذ 2 يوم. في سوابقها المرضية خضعت لعملية استئصال رحم بسبب الأورام الليفية قبل 20 عاما، ولديها قصة عائلية للإصابة بمرض القلب الإقفاري والداء السكري، تعيش وحيدة وتقوم بالطبخ والتسوق بنفسها.

■ **الفحص السريري:**

درجة الحرارة 38.5 درجة مئوية، وبطنها لينة مع انطباع غير واضح عن كتلة في الحفرة الحرقفية اليسرى، لا يوجد دفاع عضلي أو مضض راجع، وأصوات الأمعاء طبيعية. نبضها 84 / دقيقة، وضغط الدم 88/154 مم زئبق، فحص الجهاز التنفسي طبيعي.

		الاستقصاءات:
		Normal
Hemoglobin	11.8 g/dL	11.7-15.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	85 FL	80-99 FL
White cell counts	$15.6 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$235 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
C-reactive protein (CRP)	56 mg/L	<5 mg/L



الشكل 36.1: حقنة باريوم.

☒ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالا؟
- ماذا ينبغي أن يكون العلاج الأولي؟

هذه المرأة مصابة بالتهاب الرتج. الرتوج القولونية عبارة عن جيوب صغيرة والأكثر شيوعاً ان تتواجد في القولون الأيسر، شائعة جداً بين كبار السن في الغرب (ربما على الأرجح بسبب نقص الألياف الغذائية) تتشابه العديد من اعراض داء الرتوج العرضي مع متلازمة القولون العصبي، ويسمى الالتهاب في الرتج بالتهاب الرتوج. في الحالات الشديدة قد يحدث ثقب أو خراج مجاور للقولون أو تجرثم الدم. وتشمل المضاعفات المحتملة الأخرى انسداد الأمعاء، وتشكل ناسور مع المستقيم أو المهبل، والنزيف.

تظهر حقنة الباريوم الشرجية منذ 4 سنوات دليلاً على مرض رتجي بوجود نتوءات من الغشاء المخاطي في القولون السيني، ويتوافق هذا مع قصة آلام البطن القولونية لفترة طويلة ومع الميل إلى الإمساك. إن المعاناة الحديثة من زيادة الألم والمضض والحمى وارتفاع عدد الخلايا البيضاء وCRP والكتلة في الحفرة الحرقفية اليسرى متوافقة مع التفاقم الحاد لمرضها الرتجي. في حالتها لا يوجد دليل على التهاب البريتوان الذي قد يشير إلى احتمال انتقاب أحد الرتوج.

التشخيص التفريقي بالنظر إلى وجود كتلة وتغيير في عادات التغوط، فهو إما ان يكون سرطان القولون أو داء كرون. في حال عدم وجود دليل على انتقاب مع تسرب محتويات الأمعاء إلى البريتوان (لا التهاب بريتوان) أو انسداد (أصوات الأمعاء طبيعية، لا تطبل عام) يجب أن يعتمد العلاج على افتراض أن التشخيص هو التهاب الرتوج، ويجب إجراء تنظير القولون في وقت لاحق لاستبعاد وجود ورم في القولون.

سوف يحدد التصوير المقطعي المحوسب (CT) للبطن الكتلة ويشير ما إذا كان هناك دليل على وجود خراج موضعي أو تشكل ناسور. يجب أن يشمل العلاج الصادات الحيوية واسعة الطيف (سيبروفلوكساسين وميترونيدازول) والسوائل الوريدية والراحة. وتستطب المزيد من الاستقصاءات، بما في ذلك اليوريا والشوارد والكرياتينين وقيم السكر واختبارات وظائف الكبد وزرع الدم. ويجب إجراء تنظير القولون في وقت لاحق لاستبعاد احتمال وجود ورم القولون.

قد تتطلب النوب الشديدة المتكررة أو النزف أو الانسداد إجراء عملية جراحية، وينصح بتناول نظام غذائي غني بالألياف بمجرد أن تهدأ النوبة الحادة.

نقاط مفتاحية



- داء الرتوج شائع عند السكان الغربيين المسنين وقد يكون لا عرضي أو يسبب أعراض متلازمة القولون العصبي.
- داء الرتوج حالة شائعة؛ وجودها يمكن أن يصرف انتباه الأطباء من متابعة مرض اخر مترافق مع داء الرتوج.
- يجب علاج التهاب الرتوج بالصادات الحيوية لتقليل فرصة حدوث مضاعفات مثل الانتقاب أو تشكل النواسير.

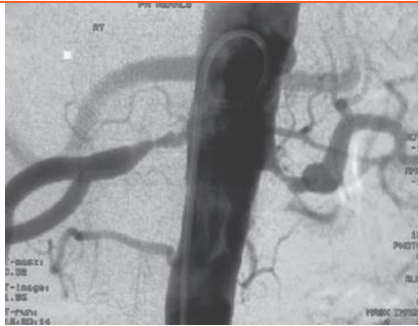
■ **القصة السريرية:**

تم إحالة امرأة تبلغ عمرها 36 عاما من قبل طبيبها العام إلى عيادة ارتفاع ضغط الدم، حيث لوحظ أنها تعاني من ارتفاع ضغط الدم عندما زارت العيادة قبل 2 سنة. كان من الصعب ضبط الضغط، تتناول حاليا أربعة ادوية (بنديروفلوميثازيد، أتينولول، أملوديبين ودوكسازوسين)، لديها حمل وحيد قبل 9 سنوات كان ضغط الدم فيه طبيعي ولم تحدث مقدمة ارتفاع. لا يوجد قصة عائلية للإصابة بارتفاع ضغط الدم بعمر مبكر، تدخن 20 سيجارة في اليوم وتشرب أقل من 10 وحدات كحول في الأسبوع، لا تتناول حبوب منع الحمل الفموية، وتعمل بدوام جزئي كمساعد تدريس.

■ **الفحص السريري:**

ليست بدينة وتبدو بصحة جيدة، معدل نبضها 68 / دقيقة وضغط الدم 102/180 مم زئبق ولا يوجد تأخير فخذي كعبري، لا يوجد بقع قهوة الحليب او اورام ليفية عصبية، فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي والبطن طبيعي، فحص قعر العين لا يظهر أي تغييرات كبيرة نتيجة ارتفاع ضغط الدم.

INVESTIGATIONS		Normal	
Hemoglobin	13.3 g/dL	11.7-15.7 g/dL	
White cell counts	$6.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$266 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Sodium	139 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	4.4 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	10.7 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	136 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Albumin	42 g/L	35-50 g/L	
Urinalysis: no protein; no blood			
Renal ultrasound: normal-size kidneys			



⊠ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص؟
- كيف سيكون مناسبًا علاج هذه المريضة؟

الصورة 37.1: التصوير الوعائي الكلوي.

هذه المرأة مصابة بارتفاع ضغط الدم بسبب مرض وعائي كلوي، وهذا يشكل الغالبية العظمى من حالات ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

تشمل عوامل الخطر لارتفاع ضغط الدم الأساسي ما يلي:

- ← قصة عائلية لارتفاع ضغط الدم.
- ← البدانة.
- ← عدم ممارسة الرياضة.

ليس لديها نوب من (التعرق والخفقان والقلق) التي تشير إلى ورم القواتم، ولا توجد علامات سريرية تشير إلى تضيق الأبهر (تأخر نبض اذني كعبري)، أو الورم العصبي الليفي (يقع قهوة الحليب / الأورام الليفية العصبية)، وبوتاسيوم في الدم غير منخفض حتى مع العلاج بالثيازيد، مما يجعل متلازمة كون أو متلازمة كوشينغ غير مرجحة. الاضطراب الرئيسي هو الكرياتينين الذي ارتفع بشكل طفيف، مما يشير إلى ضعف طفيف في وظائف الكلى؛ ولكن غياب البيلة دموية والبروتينية يستبعد التهاب الكبيبات لذا يجب الشك بمرض الأوعية الكلوية. إن عدم وجود نفخة كلوية بإصغاء البطن لا يستبعد احتمال الإصابة بأمراض الأوعية الكلوية، ويظهر تصوير الأوعية الكلوي خلل تنسج عضلي ليفي (FMD) ثنائي الجانب.

السبب الأكثر شيوعاً كمرض وعائي كلوي هو تضيق الشريان الكلوي التصليبي (ARAS)، وهو شائع عند المرضى المسنين الذين لديهم دليل على تصلب معمم في الشرايين (داء وعائي محيطي أو داء قلبي اكليلي). غالباً ما تظهر الموجات فوق الصوتية صغر حجم الكلى ومن الشائع وجود قصور كلوي. ARAS هو سبب شائع للقصور الكلوي في المراحل النهائية عند كبار السن؛ وبالنسبة لعمر هذه المرأة، فاحتمال الإصابة بمرض الأوعية الكلوية التصليبي غير مرجح.

خلل التنسج العضلي الليفي (FMD) هو ثاني أكثر الأسباب شيوعاً لأمراض الأوعية الكلوية. الشكل الأكثر شيوعاً هو التنسج الليفي الإنسي، مع ترقق الباطنة والطبقة الوسطى مما يؤدي إلى تشكيل توسعات في الأوعية الدموية بالتناوب مع التضيق فتعطي المظهر الكلاسيكي "سلسلة من الخرز" الكلاسيكي على التصوير الوعائي. يصيب بشكل رئيسي النساء الشباب ومتوسطات العمر، وذروة الإصابة في لعقد الرابع من العمر، تدخين السجائر هو عامل خطر. عادة ما يظهر خلل التنسج العضلي الليفي (FMD) مع ارتفاع ضغط الدم ولكن في حالات نادرة يمكن أن يظهر مع وذمة رئة سريعة الحدوث. يمكن أن يؤثر خلل التنسج العضلي الليفي (FMD) أيضاً على الشرايين السباتية، مما يسبب مجموعة متنوعة من الأعراض العصبية. يتم العلاج باستخدام قسطرة بالون عبر الجلد للشريان الكلوي. على عكس مرض الأوعية الكلوية التصليبي، غالباً ما يتم الشفاء من ارتفاع ضغط الدم في حالات خلل التنسج العضلي الليفي، مما يؤدي إلى إيقاف ادوية ارتفاع الضغط بشكل تام، والنكس نادر الحدوث.

نقاط مفتاحية



- خلل التنسج العضلي الليفي هو سبب مهم لارتفاع ضغط الدم لدى النساء الشابات ومتوسطات العمر.
- يمكن لقسطرة فتح الشريان الكلوي أن تحسّن أو حتى تشفي ارتفاع ضغط الدم لدى العديد من المريضات المصابات بخلل التنسج العضلي الليفي.
- يعتبر خلل التنسج العضلي الليفي سببًا نادرًا جدًا للقصور الكلوي في المرحلة النهائية.

■ القصة السريرية:

قدمت امرأة عمرها 34 عاما إلى طبيبها العام بشكاية طفح جلدي منذ أكثر من أسبوعين، حيث ظهرت العديد من التورمات الحمراء المؤلمة على ساقها وساعديها، التورمات الأقدم داكنة في اللون أكثر ويبدو أنها تشفى بدءا من المركز. تشعر المريضة انها ليست على ما يرام ومتعبة ولديه آلام في معصمها وكاحليها، ولم تصب حديثا بأي انتان تنفسي علوي. على مدى السنتين الماضيتين كان يظهر لديها قرحة قلاعية متكررة في فمها؛ بدون تقرح في الأعضاء التناسلية، لكنها كانت تعاني من آلام متقطعة في البطن وإسهال. تعمل نادلة وهي غير متزوجة، تدخن حوالي 15 سيجارة في اليوم وتشرب الكحول فقط في بعض الأحيان، لم يكن لديها أي سوابق مرضية طبية، ولا يوجد قصة عائلية ذات صلة.

■ الفحص السريري:

المريضة نحيفة ولكنها تبدو بصحة جيدة، لا توجد قرح قلاعية في وقت الفحص، مفاصلها ليست ملتهبة ومجال الحركة غير مقيد أو مؤلم، بفحص الجلد هناك العديد من الآفات المؤلمة على الساقين والساعدين؛ الآفات مرتفعة وبتراوح قطرها من 1 إلى 3 سم، الآفات الحديثة حمراء والآفات القديمة تبدو وكأنها كدمات. بقية الفحص السريري طبيعي.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	13.5 g/dL	11.7-15.7 g/dL	
White cell counts	$15.4 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$198 \times 10^9/L$	150-440 ×	
$10^9/L$ Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	98 mm/h	<10 mm/h	
Sodium	138 mmol/L	135-145	
mmol/L			
Potassium	4.3 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	5.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	86 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Glucose	5.8 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L	
Chest X-ray:	normal		
Urinalysis:	normal		

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- ما هي الأسباب الرئيسية لهذه الحالة؟

المریضة لديها حمامي عقدة ثانوية لداء كرون غير مشخص سابقا. تحصل الحمامي العقدة نتيجة التهاب الأوعية الدموية الصغيرة في الأدمة العميقة، وتتوضع بشكل مميز على الساق وبنسبة أقل على الفخذين والساعدين، عدد وحجم الأفات متغير، وينتشر الشفاء من المركز إلى الحواف، غالبا ما يسبق الطفح الجلدي بأعراض جهازية (الحمى والشعور بالضيق وألم مفصلي) وعادة ما يتم الشفاء على مدى 3-4 أسابيع، لكن التكرار والنكس يشير إلى مرض كامن مسبب.

الأمراض التي ترافقها الحمامي العقدة:

السل	الساركويد
الجدام	الحمل / مناعات الحمل الفموية
الحمى الغدية	رد فعل على السلفوناميدات
داء النوسجات	التهاب القولون التقرحي
القطار الكرواني	مرض كرون
انتان العقديات	لمفوما / لوكيما

تشير قصة تقرحات الفم وآلام البطن والإسهال بقوة إلى أن هذه المرأة لديها داء كرون؛ لذا يجب إحالتها إلى أخصائي أمراض الجهاز الهضمي لإجراء الاستقصاءات والتي يجب أن تشمل حقنة شرجية للأمعاء الدقيقة وتنظير القولون مع الخزعات. العلاج الأساسي لمرضها بالإضافة للعلاج بالستيروئيدات يجب أن يشفي الحمامي العقدة. في حال عدم وجود حالة كامنة خطيرة فعادة ما تستقر الحمامي العقدة بالعلاج بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

نقاط مفتاحية

- يجب فحص المرضى الذين يعانون من حمامي عقدية للبحث عن مرض كامن.
- غالبا ما تظهر الحمامي العقدية على الساقين ولكن قد تظهر على السطوح الباسطة للساعدين أو الفخذين.

الحالة: 39 ضيق التنفس وانخفاض نتاج البول

■ القصة السريرية:

قدمت امرأة مسنة عمرها 73 إلى الاسعاف بشكاية ضيق في النفس متزايد خلال ال 4 أيام السابقة، كانت قد شعرت انها ليست بصحة جيدة منذ 2 أشهر وفقدت 4 كجم من الوزن. كانت تعاني من نزيف متكرر في الأنف، وخلال الأيام القليلة الماضية خرجت كميات صغيرة من الدم القاني مع القشع، ولاحظت أنها تتبول كمية أقل من البول في الأيام القليلة الماضية. ليس لديها سوابق مرضية مهمة.

■ الفحص السريري:

درجة الحرارة 38 درجة مئوية، يوجد زرقة مركزية ويبدو أن المريضة مزرقة ليست على ما يرام، يوجد طفح جلدي أرجواني على كاحليها، نبضها 104 / دقيقة، ضغط الدم 100/160 مم زئبق، ضغط الوريد الوداجي غير مرتفع، أصوات القلب طبيعية بدون أصوات إضافية، معدل التنفس 30 نفس/دقيقة والقرع طبيعي ولكن يوجد خراخر شهيقية خشنة في جميع أنحاء الرئة، البطن والفحص العصبي طبيعي.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	10.1 g/dL	11.7-15.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	87 FL	80-99 FL
White cell counts	$17.2 \times 10^9/L$	$3.9-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$540 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	137 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	6.6 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	45.1 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	832 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Albumin	32 g/L	35-50 g/L
Calcium	2.23 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.9 mmol/L	0.8-1.4 mmol/L
CRP	323 mg/L	<5 mg/L
Arterial blood gases on air:		
pH	7.18	7.38-7.44
pCO ₂	5.1 kPa	4.7-6.0 kPa
pO ₂	6.4 kPa	12.0-14.5 kPa
Urinalysis	++ protein	+++ blood
Electrocardiogram (ECG): sinus tachycardia		
Chest X-ray: Figure 39.1		

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكنك تدبير وتستقصي هذه المريضة؟

تعاني هذه المريضة من قصور تنفسي وكلوي، قد يحدث قصور الجهاز التنفسي بسبب فرط حمل السوائل في القصور الكلوي ولكن الموجودات بالفحص (الضغط الوريدي الوداجي الطبيعي، الخراخر الشهيقية الخشنة أثناء الشهيق بدلا من الخراخر الشهيقية الناعمة المتأخرة أثناء الشهيق) لا تدعم هذا. تظهر الأشعة السينية للصدر ارتشاحا ثنائي الجانب. الطفح الجلدي الفرغري وارتفاع عدد الصفائح الدموية و CRP هي نموذجية لالتهاب الأوعية الدموية النشط؛ وقد يؤدي النزف السنخي الى نقص أكسجة وظلال شعاعية دون نفث دم.

إن الأسباب الرئيسية للمتلازمة الرئوية / الكلوية هي:

- التهاب الأوعية الدموية الجهازية: التهاب الأوعية الحبيبيومي (GPA) أو حبيبيوم واغرن هو التهاب الأوعية الدموية في الشرايين المتوسطة والصغيرة، ينتج عنه التهاب حبيبي في الطرق التنفسية العلوية والسفلية والتهاب كبيبات الكلى الناخر. أما التهاب الشرايين المجهرى فيصيب بشكل أساسي الشعيرات الدموية والأوعية الصغيرة ويمكن أن يسبب نزيفا رئويا وأفة كلوية مماثلة. في كلا المرضين عادة نجد أضداد للعدلات السيتوبلازمية (ANCA).
- داء اضرار الغشاء القاعدي الكبيبي: غود باستر.
- الذئبة الحمامية الجهازية.

إن قصة نزيف الأنف تشير إلى إصابة الجهاز التنفسي العلوي وإلى أن التشخيص الأكثر احتمالا هو التهاب الشرايين الحبيبيومي (واغرن) GPA وليس التهاب الشرايين المجهرى. كلاهما من حالات التهاب الأوعية الدموية الصغيرة ويسبب التهاب كبيبات الكلى الناخر والنزف الرئوي ويمكن أن يؤثر على أعضاء أخرى مثل الجلد والمفاصل والعينين والجهاز العصبي. أما داء اضرار الغشاء القاعدي الكبيبي فلا يسبب طفح جلدي. تشمل التشخيص التفريقية الرئيسية الأخرى لالتهاب الأوعية الدموية انسداد الشرايين بالصمات، والتهاب الشغاف الإنتاني، وانتان الدم بالمكورات السحائية.

تحتاج هذه المرأة إلى علاج إسعافي للقصور التنفسي والحماض الاستقلابي و فرط بوتاسيوم الدم. إنها تحتاج إلى الأكسجين وقد تتطلب تهوية غير باضعة أو تهوية آلية. ويجب علاج فرط بوتاسيوم الدم بشكل إسعافي بـ **بغلوكونات الكالسيوم** الوريدية وإعطاء السكر والأنسولين وريديا إلى حين بدء جلسة غسيل الكلى أو تصفية الدم.

يجب إجراء إيكو للكلبتين لجميع المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي الحاد لتحديد حجم الكلى واستبعاد الانسداد، و إن خزعة الكلية ستوفر عند هذا المريض تأكيداً نسيجيا لالتهاب الأوعية الدموية الجهازية عن طريق إظهار التهاب كبيبات الكلى الناخر البؤري مع تشكّل الهلالات. غالبا ما تكون خزعة الأوقات من الأنف غير مجدية، حيث تظهر فقط الأنسجة الميتة وقد تؤخر التشخيص. يجب إرسال عينات الدم لتحليل ANCA الموجودة في حوالي 90% من الحالات غير المعالجة من التهاب الأوعية الدموية الصغيرة، وقد يزداد انتشار عامل نقل الغاز مؤقتا بسبب النزيف الرئوي.

العلاج النوعي لهذه المرأة هو تبديل البلازما العاجل وتثبيط المناعة بالستيروئيدات وسيكلوفوسفاميد، ثم بعد المرحلة الحادة يكون علاج الصيانة هو بريدنيزولون وأزاثيوبرين. يستخدم ريتوكسيماب بشكل متزايد كبديل لسيكلوفوسفاميد خاصة في حالات التهاب الأوعية الدموية الناكس.

نقاط مفتاحية



- الأعراض السريرية ل GPA التي تؤثر على الرئتين هي السعال وضيق التنفس ونفث الدم.
- ANCA موجود في أكثر من 90٪ من الحالات التي تسبب إصابة رئوية / كلوية.
- العلاج السريع ضروري لمنع نخر الأنسجة غير العكوس.

■ القصة السريرية:

قدم شاب من أصل أفريقي كاريبي عمره 17 عاماً إلى قسم الإسعاف بشكاية ألم شديد في الصدر وضيق في التنفس، أصيب بالتهاب في الحلق لبضعة أيام ثم بدأ يعاني من ألم في ظهره وذراعيه وازدادت شدته تدريجياً. يذكر أنه قبل ست ساعات من قدومه عانى من ألم مفاجئ في الجانب الأيمن من الصدر يزداد سوءاً بالشهيق ومترافق بضيق تنفس ملحوظ. عانى سابقاً من نوب من الألام التي تصيب على الأصابع والظهر، وأخذ من أجلها الكوديين والإيبوبروفين. ولد في لندن و يعيش مع والديه وأخته الصغرى، يذهب إلى المدرسة ولم يواجه أي مشاكل هناك، لا يوجد قصة عائلية مهمة.

■ الفحص السريري:

يبدو مريضاً، حرارته 37.8 درجة مئوية، ولديه زرقة، الملتحمة شاحبة، معدل النبض 112 /دقيقة ومنتظم، ضغط الدم هو 85/136 مم زئبقي، ضغط الوريدي الوداجي طبيعي، أصوات القلب طبيعية، معدل تنفسه 28 / دقيقة، يوجد احتكاكات في الجنبية اليمنى. فحص البطن والجهاز العصبي طبيعي، لا يوجد طفح جلدي على الجلد ولا تشوهات في المفاصل.

INVESTIGATIONS		
		<i>Normal</i>
Hemoglobin	7.6 g/dL	13.3-17.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	86 FL	80-99 FL
White cell counts	16 × 10 ⁹ /L	3.9-10.6 × 10 ⁹ /L
Platelets	162 × 10 ⁹ /L	150-440 × 10 ⁹ /L
Sodium	139 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.4 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	6.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	94 µmol/L	70-120 µmol/L
Bicarbonate	24 mmol/L	24-30 mmol/L
Arterial blood gases on air:		
pH	7.33	7.38-7.44
pCO ₂	2.6 kPa	4.7-6.0 kPa
pO ₂	7.2 kPa	12.0-14.5 kPa
Electrocardiogram (ECG): sinus tachycardia		
Chest X-ray: normal		

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكنك استقصاء هذا المريض وعلاجه؟

هذا الشاب مصاب بمرض فقر الدم المنجلي ويعاني من أول نوبة عظمية صدرية. يصيب هذا المرض بشكل رئيسي السكان السود الأفارقة وبشكل متفرق حول البحر الأبيض المتوسط والشرق الأوسط. يختلف الهيموغلوبين S عن الهيموغلوبين A بسبب استبدال الفالين بحمض الجلوتاميك في الموضع 6 في السلسلة بيتا. تتميز خلايا الدم المنجلية بهشاشة ميكانيكية متزايدة وعمر قصير مما يؤدي إلى فقر الدم انحلالي، ويمكن أن تسد الأوعية الصغيرة، مما يؤدي لاحتشاء الأنسجة. مرض فقر الدم المنجلي له مسار سريري متغير للغاية بسبب العديد من العوامل بما في ذلك مستوى الهيموغلوبين F (HbF) والعوامل الاجتماعية والاقتصادية. عادة ما يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة بفقر دم ويرقان بسبب فقر الدم الانحلالي المزمن أو بآلام في اليدين والقدمين بسبب التهاب الاصابع. يعاني المريض في الحالة السابقة من نوبة تمنجل رئوية تتميز بآلم في الصدر وضيق في التنفس ونقص الأكسجة؛ عادة ما يسبقها تجفاف أو إنتان (التنفسي علوي في هذه الحالة)، التشخيص التفريقي الرئيسية لمريض يعاني من ألم في الجنب وضيق في التنفس هو ذات الرئة/ الريح الصدرية/ والصمات الرئوية.

المضاعفات الرئيسية المحتملة لمرض فقر الدم المنجلي:

- الخثار: يسبب آلام عظمية معمة أو موضعية / نوبات ألم بطنية/ نوبات صدرية/ أو علامات عصبية /أو القساح.
- النوبات عدم التنسج: المحرصة بإنتان البارافايروس.
- فقر الدم الانحلالي.
- وب تشظي الطحال تشاهد عند الأطفال الذين يعانون من تضخم سريع في الكبد والطحال، عادة عند الأطفال الصغار.
- نخرة عقيمة: غالبا في رؤوس العظم العضد أو الفخذ.
- القصور الكلوي بسبب احتشاء اللب الكلوي أو مرض الكبيبات.
- قصور الطحال بسبب الاحتشاء في مرحلة الطفولة.

يجب قبول هذا المريض للراحة والسوائل الوريدية والأكسجين وتسكين الألم الكافي، لديه pO_2 شرياني منخفض ويبدو مزرقا؛ مع أنه يصعب اكتشاف الزرقة في وجود فقر الدم. يجب علاج الانتان بالصادات الحيوية. ستظهر لطاخة الدم كريات دم حمراء منجلية وارتفاع عدد الخلايا الشبكية. التشخيص النهائي هو رحلان الخضاب الكهربائي والذي سيظهر وجود HbS، غياب HbA ومستوى HbF متغير. قد تكون هناك حاجة لتبديل الدم الجزئي لخفض مستوى الخلايا المنجلية أقل من 30%. يجب متابعة المريض من قبل فريق متخصص في الداء المنجلي حيث ثبت أن هذا يقلل القبول ويحسن جودة الرعاية. قد يستفيد من هيدروكسي يوريا على المدى الطويل، مما يرفع مستوى HbF ويقلل من عدد النوب.

نقاط مفتاحية



- في أفريقيا ومنطقة البحر الكاريبي يجب اعتبار فقر الدم المنجلي سببا لألم الصدر أو البطن.
- يجب رعاية المرضى الذين يعانون من فقر الدم المنجلي في وحدة أمراض الدم المتخصصة مع الدعم النفسي المتاح.
- يجب علاج المضاعفات الخثارية الشديدة بتبديل الدم الجزئي.

■ **القصة المرضية:**

قدمت امرأة عمرها 44 عاما إلى طبيبها العام بشكاية ألم شرسوفي ينتشر الى ظهرها منذ 18 ساعة حيث تتزايد شدته تدريجيا منذ بدئه، لم تأكل خلال ال 24 ساعة الماضية وتقيأت الطعام ثم السوائل ولكن لا دم في 4 اقياءات منفصلة، عانت من اسهال خفيف، تشعر بالحمى ويزاديا حالتها سوءا. ليس لديها ألم عند التبول ولا الحاح بولي وكانت آخر دورة شهرية لها قبل 2 أسابيع. عانت من آلام مماثلة منذ 3-4 أشهر ولكنها كانت أخف بكثير واستمرت 2-3 أيام، ليس لديها سوابق مرضية مهمة، تدخن 15-20 سيجارة يوميا، وتشرب حوالي نصف زجاجة من النبيذ كل ليلة. لا تستخدم أي من الأدوية غير المشروعة.

■ **الفحص السريري:**

تبدو عليلية، درجة حرارتها 38.8 درجة مئوية، معدل النبض 110 / دقيقة، ضغط الدم 64/102 مم زئبق، بفحص الجهاز التنفسي هناك بعض الأصمية في القاعدة اليسرى، تشعر بألم عند جس منطقة الشرسوف ووسط البطن مع وجود بعض الدفاع العضلي والمضض الراجع حول السرة، هناك تغيير في لون الخاصرة، أصوات الأمعاء قليلة، فحص المستقيم طبيعي "هناك بعض البراز البني على قفاز الفحص".

الاستقصاءات:		
Normal		
Hemoglobin	15.3 g/dL	11.7-15.7 g/dL
White cell counts	$15.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$412 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	140 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	3.5 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	9.3 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	82 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
C-reactive protein (CRP)	192 mg/L	<5 mg/L
Urinalysis: trace protein; trace blood; nitrites negative Chest X-ray: small left-side pleural effusion Abdominal X-ray: normal		

☒ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص؟
- كيف تقيم وتدبر هذه المريضة؟

التشخيص الأكثر احتمالاً هو التهاب البنكرياس الحاد.

يأتي المريض بأعراض ألم مركزي أو ألم شرسوفي ينتشر إلى الظهر قد تسبب قرحة العفج المثقوبة الخلفية نمطاً مشابهاً من الألم- ومن الشائع حدوث الغثيان والقيء والحمى، وقد يؤدي فقدان السوائل لعدم استقرار هيموديناميكي وصدمة؛ هنا يشير تسرع النبض وانخفاض ضغط الدم وازدياد تركيز الدم إلى فقد السوائل، وبالفحص هناك علامات التهاب البريتوان. في حالات التهاب البنكرياس الحاد الشديد قد يحدث نزف يؤدي لتغير لون جلد الخاصرتين (علامة غراي تيرنر) أو حول السرة (علامة كولين)، قد يحدث انصباب جنبي أيسر بشكل خاص أو وذمة رئية. يعكس عدد الكريات البيضاء المرتفع وCRP المرتفع الالتهاب الشديد المرافق لالتهاب البنكرياس الحاد.

الأسباب الأكثر شيوعاً لالتهاب البنكرياس الحاد هي الإفراط في تعاطي الكحول وحصيات المرارة والتي تمثل 75٪ من الحالات، الأسباب الأقل شيوعاً هي فرط كالسيوم الدم، فرط شحوم الدم، رض البطن، الأدوية مثل الستيرويدات القشرية، مدرات البول، البنتاميدين، الأزوثيوبرين، الانتانات مثل النكاف، فيروس كوكسكي والفيروس المضخم للخلايا.

يعتمد التشخيص على الصورة السريرية والمستويات المصلية المرتفعة من الأميلاز أو الليباز؛ يمكن أن يحدث ارتفاع الأميلاز أيضاً في الإقفار المساريقي وحالات البطن الحادة الأخرى ولكن ارتفاعه أكثر من 3 أضعاف الحد الأعلى الطبيعي مع السمات السريرية النموذجية هو مشخص لالتهاب البنكرياس. يمكن أن يظهر التصوير مثل الطبقي المحوري التهاباً في البنكرياس ولكنه ليس ضرورياً عادةً للتشخيص، قد تظهر الموجات فوق الصوتية مرضاً كامناً في الأبنية الصفراوية ولكنها أقل حساسية في حالة التهاب البنكرياس الحاد. يمكن استخدام تصوير البنكرياس والقنوات الصفراوية بالرنين المغناطيسي (MRCP) أيضاً في تشخيص انسداد القناة الصفراوية والقناة البنكرياسية.

تم وضعه معايير تصنيف مختلفة لتصنيف شدة التهاب البنكرياس الحاد؛ تستخدم معايير Ransom على نطاق واسع للمرض المحرض بسبب الكحول، ويتم تطبيقها لمدة تصل إلى 48 ساعة بعد بدء المرض.

عند القبول:

- < 55 سنة.
- عدد كرات الدم البيضاء < $16 \times 10^9 / \text{L}$.
- سكر الدم < 10 ملمول / لتر.
- $\text{LDH} > 350$ وحدة دولية/لتر.
- مستوى $\text{AST} > 250$ وحدة دولية / لتر.

← بعد 48 ساعة من القبول:

- انخفاض الهيماتوكريت <10%.
- اليوريا <1.8 ملمول/لتر.
- كالسيوم المصل >2.0 ملمول/لتر.
- PaO_2 <8.0 كيلو باسكال.
- احتباس السوائل المقدر <600 مل.

تعطى نقطة لكل عنصر، إذا كانت النتيجة <2 تنبئ بالتهاب البنكرياس الحاد وتستدعي القبول في وحدة العناية المركزة. غالباً ما يتم استخدام معايير بديلة مثل معايير غلاسكو.

يرتبط العلاج إلى حد كبير بتعويض السوائل وتسكين الألم مع الحفاظ على وضع المريض بحالة صيام (لا شيء عن طريق الفم). غالباً ما يكون هناك فقدان كبير للسوائل خلف وداخل البريتوان، أما الصادات ما يزال استخدامها غير مؤكداً وعادة لا تستخدم بشكل روتيني.

قد تكون المضاعفات مرتبطة بالالتهاب وفقدان السوائل ومتلازمة العسرة التنفسية الحادة ARDS، أو قصور أعضاء متعددة، أو تخرب البنكرياس والذي يسبب الداء السكري. قد يحدث نقص كالسيوم الدم حيث يشارك الكالسيوم في تصبن الدهون خلف البريتوان، وترتبط المضاعفات الموضعية بنخر البنكرياس والانتان الثانوي وتشكل الكيسات الكاذبة.

التشخيص التفريقي لالتهاب البنكرياس الحاد:

الحالات الأخرى التي يجب التفكير بها هي:

- الكيسة الكاذبة البنكرياسية.
 - سوء وظيفة البنكرياس (داء السكري، سوء الامتصاص بسبب فشل الإفراز).
 - سرطان البنكرياس.
- على الرغم من أن هذه أعراض شائعة، إلا أنها ليست موجودة دائماً. قد يكون الألم البطني البسيط هو العرض الوحيد، **والأسباب الأكثر شيوعاً لالتهاب البنكرياسي:**
- الكحول.
 - الحصيات.
 - الاضطرابات الاستقلابية: التهاب البنكرياس الوراثي، فرط كالسيوم الدم، فرط شحوم الدم، سوء التغذية.
 - رضوض البطن.
 - القرحة المنتقبة.
 - الخبثاء.
 - الادوية: الستيروئيدات، السلفوناميدات، فوروسيميد، الثيازيدات.
 - الانتانات: النكاف، فيروس كوكساعي، الميكوبلازما الرئوية، الإسكارس، متفرع الخصية الصيني.
 - التشوهات البنيوية: القيلة الصفراوية، انقسام البنكرياس.

نقاط مفتاحية



- الأسباب الشائعة لالتهاب البنكرياس الحاد هي الكحول والحصىات.
- يعتمد تشخيص التهاب البنكرياس الحاد على الصورة السريرية والأميلاز أو الليباز في الدم.
- يعد تعويض السوائل جزءا مهما من العلاج.

الحالة 42: تدهور ما بعد الجراحة

■ القصة السريرية:

تم طلب الفريق الطبي لمراجعة مريض بعد العملية الجراحية، كانت سيدة تبلغ من العمر 62 عاما أجرت قبل 10 أيام عملية استئصال نصف القولون الأيمن بسبب سرطان الأعور (مكتشف بواسطة تنظير القولون الذي تم كاستقصاء لفقر دم بنقص الحديد مع تغير في عادات التغوط). كانت الحالة العامة للمريضة جيدة ولا يوجد لديها سوابق مرضية معروفة، تعمل مدرسة متقاعدة، لا تُدخن ولا تشرب الكحول ولا تتعاطى أي أدوية. كرياتينين مصل الدم قبل الجراحة 76 ميكرو مول/لتر، وسارت الجراحة الأولى بسلاسة وتم إعطاؤها سيفوروكسيم وميترونيدازول كإجراء وقائي روتيني بالمضادات الحيوية. ثم عانت المريضة من علوص معوي طويل الأمد مصحوب بألم بطني، ثم في اليوم الخامس بعد الجراحة بدأت تعاني من ارتفاع في درجة الحرارة وصل إلى 38.5 درجة مئوية وتم البدء بجنتاميسين وريدي 80 ملغ كل 8 ساعات بالإضافة إلى الصادات الحيوية الأخرى. وعلى مدار الأيام الخمسة التالية ظلت تعاني من استمرار الحمى مع سلبية زرع الدم. في آخر 24 ساعة أنرافقت الحمى بانخفاض نسبي في ضغط الدم حيث كان الضغط الانقباضي لديها حوالي 95 ملم زئبق على الرغم من اعطاء السوائل الوريدية، وإدرار البول الآن 15 مل/ساعة.

■ الفحص السريري:

المريضة في حالة سيئة وتتعرق بغزارة، ولوحظ وجود يرقان، نبضها 110 نبضة/الدقيقة ومنتظم، ضغط الدم 60/95 ملم زئبق، الضغط الوريدي الوداجي غير مرتفع، أصوات القلب طبيعية، معدل تنفسها 30/الدقيقة، أصوات التنفس طبيعية، بطنها لينة مع دفاع عضلي فوق الحفرة الحرقفية اليمنى وأصوات الأمعاء غائبة.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	8.2 g/dL	11.7-15.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	83 FL	80-99 FL
White cell counts	$26.3 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$94 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	126 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	5.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Bicarbonate	6 mmol/L	24-30 mmol/L
Urea	36.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	523 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	2.6 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Albumin	31 g/L	35-50 g/L
Bilirubin	95 mmol/L	3-17 mmol/L
Alanine transaminase	63 IU/L	5-35 IU/L
Alkaline phosphatase	363 IU/L	30-300 IU/L
Trough gentamicin level	4.8 mg/mL	<2.0 mg/mL

Urinalysis: + blood; + protein; granular casts and epithelial cells

❏ الأسئلة:

- ما هي أسباب القصور الكلوي الحاد لدى هذه المريضة؟
- كيف يمكنك إجراء مزيد من الاستقصاءات وتديبير هذه الحالة؟

تعاني هذه السيدة من **قصور كلوي حاد ما بعد الجراحة** ناتج عن اجتماع الإنتان داخل البطن والسمية الكلوية بسبب بالأمينو غليكوزيد. الإنتان لديها ناتج عن تسريب المفاغرات في موقع الخياطة مع التهاب موضعي بالبريتوان وقد تم السيطرة عليه جزئياً باستخدام المضادات الحيوية. تتجلى متلازمة إنتان الدم لديها بالحمى وتسرع النبض وانخفاض ضغط الدم ونقص سكر الدم والحماض الاستقلابي (نقص البيكربونات) وشح البول، إن انخفاض الصوديوم وارتفاع البوتاسيوم شائعان في هذه الحالة بسبب ضعف كفاءة عمل غشاء الخلية. يدل ارتفاع عدد كريات الدم البيضاء على الإنتان الجرثومي، ويشكل انخفاض عدد الصفائح جزء من مواصفات التخثر المنتشر داخل الأوعية. أما اليرقان واختلال وظائف الكبد فهو من السمات الشائعة للإنتان داخل البطن. الأمينو غليكوزيدات (جنتاميسين، ستربتوميسين، أميكاسين) تسبب اضطرابات في السمع والتوازن، بالإضافة إلى قصور كلوي حاد. تشمل عوامل الخطر التسمم الكلوي بالأمينو غليكوزيد: الجرعات أعلى ومدة علاج أطول، والتقدم في السن، ووجود قصور كلوي مسبق، والقصور الكبدى، ونقص حجم السوائل. عادةً ما يحدث التسمم الكلوي بالأمينو غليكوزيد بعد 7 إلى 10 أيام من بدء العلاج، وتعد مراقبة المستويات المصلية أمراً مهماً ولكن ارتفاع المستويات يحدث عادةً بعد نقص إفراز الدواء بسبب انخفاض معدل الترشيح الكبيبي، وبالتالي قد يكون التسمم الكلوي قد حدث بالفعل في الوقت الذي ترتفع فيه المستويات المصلية.

هذه المريضة بحاجة إلى إنعاش طارئ يتطلب نقلها إلى وحدة العناية المركزة، حيث ستحتاج إلى مراقبة غازات الدم بقسطرة شريانية وقسطرة الوريد الاجوف المركزي للتقييم الدقيق لحاجة السوائل الوريدية والدواعم القلبية، تحتاج المريضة أيضاً إلى غسيل كلوي عاجل لتصحيح حالة الحموضة الزائدة وارتفاع مستوى البوتاسيوم في الدم. بالنسبة لمريضة غير مستقرة هيموديناميكياً مثل حالتها يعتبر غسيل الكلى الطريقة المفضلة، كما أنها بحاجة إلى استشارة جراحية عاجلة. يجب إجراء تصوير البطن إما باستخدام الموجات فوق الصوتية أو التصوير الطبقي المحوري لتحديد وجود أي تجمع للقيح. بمجرد استقرار المريضة ديناميكياً (ضغط الدم ثابت ومعدل ضربات القلب طبيعي) يجب إجراء فتح بطن جراحي وسحب أي تراكم للقيح وإجراء فغر مؤقت للقولون.

نقاط مفتاحية



- القصور الكلوي الحاد بعد العمل الجراحي غالباً ما يكون متعدد العوامل بسبب انخفاض ضغط الدم والإنتان واستخدام الأدوية السامة الكلوية مثل الأمينو غليكوزيدات ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- تعتبر أدوية الأمينو غليكوزيد ذات قيمة كبيرة لعلاج الانتانات سلبية الجرام، ولكن يجب مراقبة مستوياتها لتجنب السمية.
- يجب التعرف على متلازمة الإنتان مبكراً وعلاجها بقوة للحد من المضاعفة والوفيات بسبب هذه الحالة.

■ القصة السريرية:

راجعت امرأة عمرها 64 عاما العيادات الخارجية بقصة انزعاج متوسط الشدة في البطن منذ 6 أشهر، كان هذا الانزعاج مترددا وشمل الحفرة الحرقفية اليمنى بشكل أساسي، ليس له علاقة واضحة بالأكل أو بعادات التغوط، وخلال الوقت الحالي انخفضت شهيتها قليلا وتعتقد أنها فقدت حوالي 5 كغ من وزنها، وأصبحت شدة الألم أسوأ قليلا وهو موجودة الآن في معظم الوقت خلال اليوم.

على مدى الأسابيع الـ 6 الماضية ظهرت عليها بعض الأعراض الجديدة؛ فقد عانت من نوع مختلف من الألم البطن التشنجية بشكل رئيسي في الحفرة الحرقفية اليمنى. وقد ارتبط هذا الألم بالشعور بالحاجة إلى التغوط وغالبا مع بعض الإسهال. ذكر زوجها ذكر أنه خلال نوب الألم يصبح وجهها أحمر اللون؛ ولكنها ربطت ذلك بعدم الراحة في البطن والإحراج من الحاجة الملحة للتغوط.

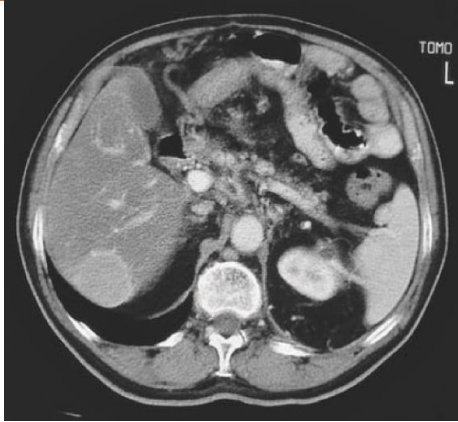
لا يوجد سوابق مرضية مهمة، تدخن 15 سيجارة يوميا على مدار الـ 45 عاما الماضية، وتشرب حوالي 7 وحدات من الكحول كل أسبوع. لاحظت القليل من ضيق التنفس خلال الأشهر القليلة الماضية وسمعت من نفسها أزيزا في عدة مناسبات لكنها لم تكن تعاني من الربو وليس هناك قصة عائلية للربو أو غيره من الحالات التأتبية.

عملت كسكرتيرة مدرسة لمدة 30 عاما ولم يكن لديها أي وظيفة جعلها تتعرض لمواد صناعية، ليس لديها حيوانات أليفة، وعاشت كل حياتها في لندن وكانت رحلتها الوحيدة خارج الولايات المتحدة الأمريكية إلى فرنسا فقط.

الاستقصاءات:



■ طبقي محوري للبطن يظهر في الصورة 43.1



☒ الأسئلة:

- ما هي التشخيص التي يجب اخذها بعين الاعتبار؟
- ما هي الاستقصاءات التي ينبغي إجراؤها؟

الشكل 43.1: طبقي محوري للبطن.

تثير الأعراض التي تصفها احتمال وجود ورم سرطاني (كارسينويد) يفرز 5-هيدروكسي تريبتامين (HT-5). حيث أن السمات السريرية النموذجية للمتلازمة السرطانية هي احمرار الوجه وتشنجات البطن والإسهال؛ وفي بعض الأحيان يكون هناك ربو واضطراب في صمامات القلب الأيمن. الأعراض نوبية بشكل مميز وقد تأتي في أوقات زيادة النشاط وقد تبقى تغيرات الجلد مستمرة.

يظهر التصوير الطبقي المحوري للكبد آفة شاذة للحيز من المحتمل أن تمثل ورم خبيث في الكبد، لأن الإفات الكيسية المحتوية على السوائل تكون ذات كثافة أقل، والأورام الثانوية الأخرى ستعطي مظهرا مشابها. لا ينتج الكارسينويد أعراضه بشكل عام حتى تنتشر إلى الكبد من موقعها الأصلي والذي عادة ما يكون الأمعاء الدقيقة. أما في الأمعاء الدقيقة قد تسبب أعراضا موضعية مثل الانسداد أو النزيف.

ترتبط أعراض الأورام السرطاوية بإفراز الورم لمادة HT-5، ويعتمد التشخيص على وجود مستوى عال من حمض استيك 5-هيدروكسي إندول المستقلب (HIAA-5) في عينة من البول على مدار 24 ساعة. يمكن الحصول على عينة نسيجية من خزعة الكبد الموجهة بالإيكو أو الطبقي المحوري.

يمكن السيطرة على الأعراض عن طريق مضادات HT-5، مثل سيبروهيبتادين، أو عن طريق مثبطات تخليقه (p-chlorophenyl alanine) أو إطلاقه (octreotide). يمكن تقليل حجم الورم ويؤدي ذلك لتقليل الأعراض عن طريق إغلاق إمداده الشرياني بصمة باستخدام تقنيات الأشعة التداخلية.

عندما تحدث أعراض غريبة مثل الموصوفة في هذه الحالة يجب دائما تذكر تشخيص الورم السرطاوي والاستقصاء عنه. في الحياة الواقعية يتبين أن معظم الاستقصاءات عند الشك بالكارسينويد تكون نتائجها سلبية.

يمكن أن تحدث الأورام السرطاوية في الرئة حيث تعمل كأورام خبيثة بطيئة النمو، ومن الرئة يمكن أن ترتبط في نهاية المطاف بمشاكل صمام القلب الأيسر. تحدث الاعراض السرطانية النموذجية الأخرى فقط بعد انتشار النقائل إلى الكبد.

نقاط مفتاحية



- احمرار الجلد المتقطع والإسهال والصفير وتشنجات البطن هي أعراض المتلازمة السرطاوية.
- كل هذه الأعراض لها أسباب أكثر شيوعا.
- ينتشر إلى الكبد قبل ظهور أعراض المتلازمة السرطاوية.

■ القصة السريرية:

تم قبول امرأة عمرها 28 عاما في قسم الطوارئ بحالة غيبوبة، حيث وُجِدت فاقدة للوعي على الأرض من قبل صديقها ولم يرها أحد خلال 48 ساعة الماضية. لا يوجد قصة سريرية معروفة ولكن شريكها أخبر بمعلومات تفيد بأن كلاهما مدمنان على الهيروين الوريدي، وأن المريضة عاطلة عن العمل، تدخن 25 سيجارة يوميا، وتشرب 40 وحدة من الكحول أسبوعيا، وتعاطت الهيروين منذ 4 سنوات، وتشارك الإبر أحيانا مع مدمنين آخرين، كلاهما لديه تحاليل سلبية لفيروس نقص المناعة البشرية منذ حوالي 1 سنة، لم تقم بأي محاولة انتحار في الماضي، ولم تعاني من أمراض سابقًا، وفقدت الاتصال بعائلتها.

■ الفحص السريري:

هناك العديد من ندوب ثقب الإبر القديمة، نبضها 64 / دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 110/60 مم زئبق، الضغط الوريدي الوداجي غير مرتفع، أصوات القلب طبيعية، معدل تنفسها 12 / دقيقة ولديها خفوت بالإصغاء ونفخة انبوية في القاعدة اليسرى من الخلف، فحص البطن طبيعي. مستوى الوعي منخفض ولكنها قابلة للتحفيز بالألم، لديها حدقات دبوسية ولكن بدون علامات عصبية بؤرية، أدى حقن بلعة من النالوكسون الوريدي إلى تحسن وعيها بشكل عابر، ذراعها اليسرى منتفخة ومؤلمة من الكتف إلى الأسفل.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	13.6 g/dL	13.3-17.7 g/dL
White cell counts	$9.2 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$233 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	137 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	7.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	42.3 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	622 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Bicarbonate	14 mmol/L	24-30 mmol/L
Glucose	4.1 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Calcium	1.64 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	3.6 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L
Creatine kinase	68,000 IU/L	25-195 IU/L
Arterial blood gases on air		
pH	7.27	7.38-7.44
pCO ₂	7.5 kPa	4.7-6.0 kPa
pO ₂	9.2 kPa	12.0-14.5 kPa
Urinalysis: + protein; +++ blood		
Urine microscopy: brown urine; no red cells; many granular casts		
Electrocardiogram (ECG): flattened P-wave; peaked T-waves		
Chest X-ray: extensive left-lower-zone consolidation		

☒ الأسئلة:

- ما هو سبب القصور الكلوي الحاد لهذه المريضة؟
- ما هو العلاج الفوري والمطول الذي تحتاجه؟

هذه المريضة تعاني من القصور الكلوي الحاد نتيجة انحلال العضلات المخططة، حيث يؤدي تلف العضلات الشديد إلى ارتفاع مستوى الكرياتين كيناز في الدم بشكل كبير وارتفاع مستويات البوتاسيوم والفوسفات في الدم. في حالة هذه المريضة كانت فاقدة للوعي على ذراعها اليسرى لعدة ساعات بسبب جراحة زائدة من الكحول والهيروين الوريدي، ونتيجة لذلك أصيبت بأذية إقفارية شديدة في العضلات مما تسبب في إطلاق الميوغلوبين السام للكلية. تشمل الأسباب الأخرى لانحلال العضلات المخططة إصابات الهرس، ونقص بوتاسيوم الدم الشديد، والإفراط في ممارسة الرياضة، والاعتلالات العضلية، والأدوية (مثل السيكلوسبورين الأديوية المخفضة للكوليسترول) وبعض الانتانات الفيروسية. البول لديها قاتم بسبب وجود الميوغلوبين والذي يعطي ايجابية كاذبة لوجود الدم، الميوغلوبين له عمر نصف من 2-3 ساعات أقصر بكثير من الكرياتين كيناز، وبالتالي غالباً ما تختفي بيلة الميوغلوبين بينما لا يزال الكرياتين كيناز مرتفعاً.

إن القصور الكلوي الحاد بسبب انحلال العضلات المخططة يسبب نقص مبهم في كالسيوم الدم في مرحلة شح البول بسبب انحباس الكالسيوم في العضلات وانخفاض مستويات 1،25-داي هيدروكسي كالسيفرول، وغالباً يحدث فرط كالسيوم ارتدادي في مرحلة الشفاء. لا يزال مستوى وعي هذه المرأة منخفضاً نتيجة التسمم بالأفيونات والكحول، ولديها أدلة سريرية وإشعاعية على ذات رئة استنشاقية لديها حمض استقلابي وتنفسي مختلط (انخفاض PH، والبيكربونات) بسبب القصور الكلوي الحاد وانخفاض معدل التهوية (PCO_2 مرتفع)، وينخفض الأوكسجين الشرياني بسبب نقص التهوية وذات الرئة. لديها متلازمة الحجات في ذراعها بسبب التورم الهائل في عضلاتها التالفة.

تعاني هذه المريضة من فرط بوتاسيوم الدم والذي يهدد الحياة عند وجود تغيرات على مخطط كهربية القلب (ECG). تترقى تغيرات تخطيط القلب لفرط البوتاسيوم من علامات مبكرة وهي تأنف الموجة T، وتسطح الموجة P، وتطاول فترة PR إلى عرض مركب QRS، ونمط موجة جيبيية ورجفان بطيني. ينضمن العلاج الإسعافي غلوكونات الكالسيوم وريديا والتي تعمل على استقرار التوصيل القلبي، والأنسولين / السكر وريديا، وبيكربونات الصوديوم في الوريد وازداد السالبوتامول، وكلها تخفض بوتاسيوم البلازما مؤقتاً عن طريق زيادة دخوله إلى الخلايا. ومع ذلك ينبغي اعتبار هذه الخطوات بمثابة تدابير مخففة فقط ريثما يتم إجراء غسيل الكلى الإسعافي.

تشير الأشعة السينية للصدر والموجودات السريرية إلى وجود زيادة كثافة في الفص السفلي الأيسر. يجب معالجة هذه المريضة في البداية في وحدة العناية المركزة حيث ستحتاج إلى صادات حيوية وإعطاء النالوكسون أو التهوية الآلية لعلاج القصور التنفسي لديها. يجب أن تكون الإماهة قوية مع مراقبة الضغط الوريدي المركزي. إذا كان من الممكن الحفاظ على ادرار بولي جيد، فيجب الحفاظ على درجة حموضة البول أكبر من 7.0 عن طريق إعطاء البيكربونات مما يمنع السمية الكلوية للميوغلوبين. تحتاج هذه المريضة أيضاً المناقشة بشكل عاجل لإجراء بضع اللقافة الجراحي لتخفيف متلازمة الحجات في ذراعها.

على المدى البعيد، تحتاج المريضة إلى الاستشارة وينبغي أن تتاح لها مع صديقها إمكانية الحصول على خدمات إعادة التأهيل من تعاطي المخدرات. كما ينبغي أن يعرض عليهم اختبار الفيروسات المنقولة بالدم (التهاب الكبد B و C وفيروس نقص المناعة البشرية).

نقاط مفتاحية



- مستوى الكرياتينين كيناز المرتفع جدا مشخص لانحلال العضلات المخططة. قد يكون البول الأحمر / البني لبيلة الميوغلوبين غائبا عند مراجعة المشفى بسبب سرعة تصفية الميوغلوبين.
- نظرا لاستخدام الادوية المخفضة للكوليسترول الآن على نطاق واسع، فقد أصبحت سببا شائعا لانحلال العضلات وخاصة عند استخدامها بجرعات عالية وبالأشتراك مع السيكلوسبورين.
- إن الاماهة بالسوائل بشكل هجومي وإدرار البول القلوي القسري قد تمنع حدوث القصور الكلوي في انحلال العضلات إذا بدأ في وقت مبكر بما فيه الكفاية.

■ القصة السريرية:

حددت امرأة عمرها 45 عاما موعدا لرؤية طبيبها العام بسبب معاناتها من التعب، ولاحظت على مدى الأسابيع الخمسة الماضية أنها تستيقظ ليلا مع ألم في الساعد الأيمن. يخف الألم قليلا عند تناولها الباراسيتامول أو الإيبوبروفين قبل الذهاب إلى الفراش ولكنه لا يزال يعيق نومها. لديها سوابق التهاب مفاصل رثياني خفيف شمل مفاصلها المشطية والمعصمين والكاحلين، وتم ضبطه بعد أن بدأت في تناول الميتوتريكسات أسبوعيا قبل 6 أشهر. خلال الأسبوع الماضي كانت تعتقد أن المشكلة في ذراعها اليمنى مرتبطة بعملها على لوحة مفاتيح الكمبيوتر.

تعمل كسكرتيرة وقد تداخل التهاب المفاصل مع عملها لكنها تمكنت من العودة إلى العمل بدوام كامل منذ بدء اخذ الميتوتريكسات.

ليس لديها سوابق مرضية أخرى ذات صلة، تلقت والدتها العلاج من قصور الغدة الدرقية واثنان من أخواتها مصابتان بالداء السكري من النمط الثاني وهي لا تدخن لكنها تشرب حوالي 4 وحدات من الكحول في الأسبوع.

■ الفحص السريري:

تزن 90 كغ وطولها 1.68 م. ضغط الدم 132/82 مم زئبق، النبض 68 نبضة / دقيقة. لا يوجد أي ألم أو تشوه في الجلد في موقع الألم، لديها انحراف زندي خفيف ولكن لا يوجد ألم أو تورم في الأنسجة الرخوة في المفاصل المشطية السلامية، يوجد القليل من الألم على الحركة المقاومة في كلا الرسغين أما مفاصل المرفق والكتف فالحركة خالية تماما من الألم. في الفحص العصبي هناك تناقص في الاحساس بالخز والتميز بين نقطتين في السبابة والبنصر من اليد اليمنى. القوة في عضلات اليد محدودة قليلا بسبب عدم الارتياح في الرسغ ويبدو أن تباعد الإبهام الأيمن أضعف من الحركات الأخرى.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	12.5 g/dL	11.7-15.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	102 FL	80-99 FL
White cell counts	$8.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$350 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	139 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.5 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	4.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	81 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	4.8 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- ما هي الاستقصاءات والعلاج المناسبين؟

إن قصة الألم في الساعد في الليل سمة من سمات متلازمة النفق الرسغي الناجمة عن انضغاط العصب الناصف في النفق الرسغي في المعصم. هناك عدد من العوامل في القصة السريرية من المحتمل أن تكون مرتبطة بسبب إصابة هذه المرأة بمتلازمة النفق الرسغي. يترافق التهاب المفاصل الرثياني بمتلازمة النفق الرسغي، كما أنه أكثر احتمالاً في أولئك الذين يستخدمون أيديهم في العمل أو الأنشطة الأخرى، وقد تكون عودتها إلى العمل كسكربتيرة ذات صلة، وقد تحرض الأنشطة الأخرى المشكلة مثل الرسم أو أي مشاريع يدوية، كما أن هناك قصة عائلية لقصور الغدة الدرقية وهو ارتباط آخر. تعاني المريضة من بدانة مفرطة (مؤشر كتلة الجسم 31.9 كجم / م²) والتي قد تكون تؤثر أيضاً. يشير سكر الدم العشوائي إلى أنها ليست مصابة بداء السكري من النمط الثاني كما حال أخواتها، ولكن من المنطقي أن تقترح أنها تحاول إنقاص وزنها. تعاني النساء من متلازمة النفق الرسغي أكثر من الرجال، وقد تتطور المشكلة أثناء الحمل وتتعلق ربما باحتباس السوائل.

يؤكد الفحص بعض الاضطراب الحسي في فروع العصب الناصف وضعف العضلة القصيرة المبعدة للإبهام في اليد والتي يعصبها العصب الناصف، يجب إجراء فحص دقيق لتمييز متلازمة النفق الرسغي عن الاضطرابات العصبية الأخرى مثل آفات T1 وعن الضعف المرتبط بالتهاب المفاصل النشط. الاختبارات الأخرى التي قد تساعد في تأكيد متلازمة النفق الرسغي هي اختبار تينيل حيث يؤدي القرع الطفيف فوق العصب الناصف إلى وخز في مكان توزع العصب الناصف، ومناورة فالين حيث يؤدي الانثناء القسري في الرسغ لمدة 30-60 ثانية إلى تفاقم الأعراض بسبب زيادة الضغط في النفق الرسغي.

الشذوذ المهم الوحيد في الاستقصاءات المذكورة هو MCV المرتفع، والذي قد يكون مرتبطاً بقصور الغدة الدرقية وتحتاج بالتأكيد إلى قياس مستويات هرمون المنبه للغدة الدرقية (TSH)، كما أن المريضة تتناول الميتوتريكسات وارتفاع MCV شائع في علاج الميتوتريكسات على المدى الطويل لأنه قد يشير إلى نقص حمض الفوليك وليس هناك ما يشير إلى أنها تتناول حمض الفوليك. بالإضافة إلى TSH، يجب أن يكون لديها قياس لحمض الفوليك وفيتامين ب 12 ووظائف الكبد للاستقصاء عن كثرة الكريات العرطلة.

العلاج الأولي لمتلازمة النفق الرسغي هو إيقاف الحركة المحرّضة مؤقتاً وإعطاء الجبائر لارتدائها ليلاً؛ عادة ما يكون هذا فعالاً في الحالات المبكرة. إذا استمر الألم فستؤكد دراسات التوصيل العصبي موقع وامتداد الآفة ويمكن النظر في حقن الستيرويد الموضعي أو تخفيف الضغط جراحياً. في الحالات الأكثر اعتدالاً تكون التوقعات جيدة بشكل عام على الرغم من أنه قد يتبقى بعض الشعور بوخز خفيف.

نقاط مفتاحية

- غالباً ما تظهر متلازمة النفق الرسغي بألم ليلي في الساعد.
- الأسباب المؤهبة هي قصور الغدة الدرقية والتهاب المفاصل الرثياني والداء السكري وضخامة النهايات والبدانة واحتباس السوائل بالإضافة إلى أنشطة ثني المعصم المتكررة والرضوض.
- معظم الحالات تستقر دون تدخل جراحي.

■ **القصة السريرية:**

تم إدخال شابة عمرها 17 عامًا إلى قسم الإسعاف وهي تشكو من دوار شديد، تطور خلال الساعات القليلة الماضية وكانت قبلها بصحة جيدة، لديها الإحساس "بمحيطها يدور حولها" وتشعر بالغثيان والنعاس وليس لديها صداع. لم تعاني من أي أمراض سابقة، غير مدخنة وتقول إنها لا تشرب الكحول ولا تتناول ادوية تسبب الإدمان، ولا تتناول أي دواء بشكل منتظم. تعيش مع والديها ومن المقرر أن تحصل على المستوى A خلال 3 أسابيع. يعاني والدها من الصرع، وتعاني والدتها من قصور الغدة الدرقية.

■ **الفحص السريري:**

المريضة وسنة وكلامها متلثم، معدل نبضها 64/دقيقة، ضغط الدم 70/90 ملم زئبقي ومعدل التنفس 12/دقيقة، فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي والبطن طبيعي، فحص الجهاز العصبي المحيطي طبيعي باستثناء ضعف التنسيق في الذراعين والساقين والمشية المترنحة، تنظير قعر العين طبيعي، الحدقات متفاعلة متناظرة وحركات العين طبيعية ولكن لديها رؤية متعددة الاتجاهات، فحص السمع وبقيّة الأعصاب القحفية طبيعي.

☒ **الأسئلة**

- ما هو التشخيص؟
- ما هي التشخيص التفريقية الرئيسية للدوار؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المريضة؟

إن البداية الحادة لهذه الأعراض والعلامات مع الوسن لدى فتاة تبلغ من العمر 17 عامًا تثير القلق حول احتمالية تناول جرعة زائدة من الأدوية؛ يعاني والدها من الصرع ومن المحتمل أن يتناول مضادات الاختلاج، لذا فإن التفسير الأكثر احتمالاً هو أن المريضة تناولت جرعة زائدة من أقراص الفينيتوين الذي يستخدمه والدها لضبط الصرع (ربما تكون قد تناولت جرعة زائدة بسبب القلق بشأن اختباراتها الوشيكية). إن الإفراط في تناول الباربيتورات والكحول والفينيتوين جميعها تسبب سمية عصبية حادة تتجلى في الدوار وعسر الكلام والرنح والرأفة، في الحالات الشديدة يحدث سبات وقصور تنفسي وانخفاض ضغط الدم.

الدوار هو الاحساس باضطراب توازن الجسم في المحيط ويوصف إما بالاحساس بدوران الجسم، أو الاحساس بدوران المحيط.

! أسباب الدوار	
الآفات المحيطية	الآفات المركزية
دوار الوضعة الحميد.	نقص تروية جذع الدماغ.
التهاب العصب الدهليزي.	أورام الحفرة الخلفية.
داء مينبير.	التصلب المتعدد.
أمراض الأذن الوسطى.	الكحول / المخدرات.
سمية أمينو غليكوزيد.	الشقيقة والصرع.

مدة الهجمات مفيدة في تمييز بعض أسباب الدوار؛ حيث أن دوار الوضعة الحميد يستمر لأقل من دقيقة واحدة، أما هجمات داء مينبير متكررة وتستمر ما يصل إلى 24 ساعة، وبالنسبة لالتهاب العصب الدهليزي فلا يتكرر ولكنه يستمر عدة أيام، بينما يكون الدوار دائماً بسبب الأدوية السامة للأذن. تحدث نوب نقص تروية جذع الدماغ عند المرضى الذين لديهم دليل على داء وعائي منتشر، وقد تظهر علامات السبل الطويلة، وبالنسبة للتصلب المتعدد قد يظهر في البداية بنوبة حادة من الدوار تستمر لمدة 2-3 أسابيع. في الحفرة الخلفية عادة ما يكون للأورام أعراض وعلامات آفات شاغلة للحيز، ورم العصب السمعي غالباً ما يترافق مع الدوار والسمم، ونوب الشقيقة غالباً ما يترافق بالغثيان والقيء. قد يؤدي صرع الفص الصدغي أيضاً إلى الدوار الدوراني والذي غالباً ما يترافق بالهلوسة السمعية والبصرية. تسبب الآفات المركزية رأفة متعددة الاتجاهات وقد تكون عمودية، أما الرأفة الناتجة عن الآفات المحيطية تكون أفقية من وحيدة الجانب.

يمكن التشخيص في هذه الحالة بقياس مستويات الفينيتوين في البلازما ومطالبة والد المريضة بالتحقق مما إذا كانت أدويته مفقودة، يجب إجراء غسل المعدة إذا كان قدوم المريضة خلال 12 ساعة من تناول الأقراص، وقد يكون الفحم المنشط عن طريق الفم مفيداً. تتوفر خدمات معلومات السموم الوطنية لتقديم المشورة بشأن العلاج، وقبل تخريج المريضة ينبغي أن يتم تقييمها والحصول على المشورة والعلاج من قبل أطباء نفسيين متخصصين في المراهقين.

نقاط مفتاحية



- يمكن أن يحدث الدوار بسبب مجموعة متنوعة من الاضطرابات العصبية.
- القصة المرضية الدقيقة والفحص قد يكشفان سبب الدوار.
- ينبغي أخذ الجرعة الزائدة بالاعتبار عند أي مريض يعاني من انخفاض مستوى الوعي وقصور تنفسي.

■ القصة السريرية:

امرأة عمرها 64 عامًا لديها قصة ألم خلف القص منذ مدة 10 سنوات، غالبًا ما يكون موجودًا في النوم ليلاً وقد يزداد بالانحناء، وفي بعض الأحيان يأتي ذلك الألم بعد تناول الطعام، وفي بعض الأحيان يظهر بعد ممارسة الرياضة. وصفت المريضة الألم بأنه حارق وشديد ولا يتفاقم بسبب وضعية أو حركات التنفس. يعاني زوجها من خناق الصدر، وفي إحدى المرات تناولت أحد أقراصه من ثلاثي نترات الغليسيريل وتعتقد أن هذا ربما أراح الألم لأنه بدا وكأنه يتوقف بشكل أسرع قليلاً من المعتاد، واشترت بعض أقراص عسر الهضم من صيدلية محلية وتعتقد أنها تريحها أيضاً.

■ الفحص السريري:

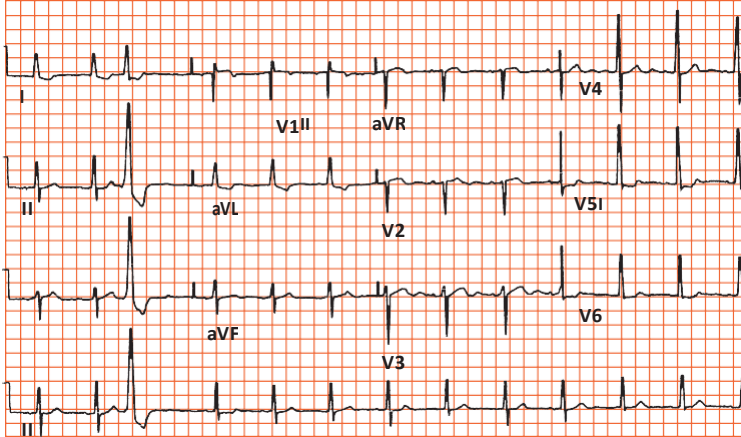
يبلغ طولها 1.62 متراً (5 أقدام و4 بوصات) وتزن 82 كجم، مما يجعل مؤشر كتلة الجسم 31.3 كجم/م²(المجال الموصى به 20-25 كجم/م²)، الفحص السريري ضمن الطبيعي.

الاستقصاءات:



- كانت الأشعة السينية للصدر طبيعية، ويظهر مخطط كهربية القلب في الصورة 47.1
- قامت بإجراء تخطيط كهربية القلب (ECG)، وكانت قادرة على أداء 8 دقائق من الجهد فارتفع معدل ضربات قلبها إلى 130 في الدقيقة دون أي تغيير في القطعة ST وكانت استجابة القلب وضغط الدم طبيعي.
- الخضاب ووظيفة الكبد والكلية طبيعية.

الصورة 47.1: تخطيط القلب الكهربائي.



☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هو التدبير المناسب؟

عدد من الميزات في القصة تجعل القلس المريئي تشخيصًا محتملاً. إن صفات وموضع الألم وعلاقته بالاستلقاء والانحناء يجعل الارتجاع أكثر احتمالاً، وتعاني المريضة من زيادة الوزن مما يزيد من احتمالية الارتجاع، أما التحسن مع ثلاثي نترات الغليسيريل ومع مضادات الحموضة غير حاسمة في التشخيص. يُظهر مخطط كهربية القلب خارجية انقباض بطينية وبعض التغيرات في موجة T في المساري I و aVI و V5 و V6، وهي متوافقة مع نقص تروية عضلة القلب ولكنها ليست نوعية؛ وكان اختبار الجهد سلبياً مما يقلل من احتمال أمراض القلب الإقفارية على الرغم من أنه لا يستبعد بشكل مؤكد. إن الأسباب الأخرى لألم الصدر أقل احتمالاً بسبب طول فترة الشكاية.

في ضوء القصة الطويلة والميزات التي تشير إلى قلس المريء، سيكون من المعقول البدء بتجربة علاج منظم بمضادات الحموضة (حاصرات مستقبلات H2 أو مثبط مضخة البروتون (أوميبرازول أو لانسوبرازول)) وإذا استجاب الألم لهذا النوع من العلاج فيجب إضافة إجراءات إضافية مثل إنقاص الوزن (وزنها أعلى بكثير من الوزن المثالي) ورفع رأس السرير ليلاً، وإذا بقي الشك قائماً فيجب أن يُظهر ابتلاع الباريوم الميل إلى الارتجاع، وسيُظهر تنظير المعدة دليلاً على التهاب المريء. هناك ترافق واسع بين ارتجاع المريء ووجود دليل على التهاب المريء بالتنظير والخزعة، مع أعراض حرقة المعدة. ومع ذلك، يمكن أن يحدث كل منها بشكل مستقل عن البقية.

يمكن أن يوفر قياس PH المريء على مدار 24 ساعة معلومات إضافية مفيدة، يتم استقصاء ذلك عن طريق تمرير قطب كهربائي صغير حساس لدرجة الحموضة إلى المريء عبر الأنف، ويوفر قياساً موضوعياً لكمية الحمض التي تصل إلى المريء والأوقات التي يحدث فيها هذا.

خضعت هذه المرأة لتنظير هضمي أظهر التهاب المريء، وخفف العلاج بالأوميبرازول والالجينات من أعراضها، أما محاولات إنقاص الوزن فلم تكن ناجحة.

نقاط مفتاحية



- في حالات ألم الصدر غير النوعي مع تخطيط كهربية القلب الطبيعي، يكون المريء مصدرًا شائعاً للألم.
- يوفر قياس PH على مدار 24 ساعة في المريء معلومات إضافية عن الارتجاع الحمضي.

■ القصة السريرية:

راجعت امرأة عمرها 44 عاما طبيبها العام بشكاية صداع. هذا الصداع موجود منذ السنوات الماضية ولكنه الآن أكثر حدة، تصفه بأنه شديد وثنائي الجانب، يتفاقم خلال النهار، لا يوجد اضطراب بصري أو إقياء مرافق. كما أنها تشكو من فقدان الشهية وصعوبة النوم، مع الاستيقاظ مبكرا في الصباح. لديها سوابق مرضية: الأكزيما ومتلازمة الامعاء الهوجية ولا تعطي أعراضا في الوقت الحالي. المريضة مطلقة ولديها طفلان يبلغان من العمر 10 و12 عاما تعنتي بهما، لديها وظيفة بدوام جزئي كعامله نظافة في مكتب، توفيت والدتها مؤخرا بسبب ورم دماغي، تدخن حوالي 20 سيجارة يوميا وتشرب 15 وحدة من الكحول في الأسبوع. تأخذ الباراسيتامول بشكل منتظم أو الإيبوبروفين لصداعها.

■ الفحص السريري:

تبدو انعزالية، نبضها 74 دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 118/76 مم زئبق، فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والثدي والجهاز الشبكي البطني جميعهم ضمن طبيعي، لا توجد علامات عصبية غير طبيعية، وتنظير قعر العين طبيعي.

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- ما هي التشخيص التفريقية الرئيسية؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المريضة؟

تعاني هذه المريضة من صداع توتري مزمن وهو الشكل الأكثر شيوعاً للصداع، يحدث بشكل رئيسي عند من تقل أعمارهم عن 50 عاماً، وعادة ما يكون ثنائي الجانب وينتشر بشكل شعاعي فوق قمة الجمجمة أو قد يكون موضع، يتميز الألم بأنه ضاغط على الرأس، لا تحدث معه أعراض بصرية أو أقياءات، وغالباً ما يسوء ليلاً. قد تظهر على المرضى أعراض الاكتئاب (هذه المرأة لديها أعراض فقدان الشهية واضطراب نمط النوم). قد يذكر المصابون مصادر التوتر مثل فاجعة أو صعوبات العمل، وقد يتم ذكر عنصر ما كما في هذه الحالة حيث ذكرت المريضة القلق أنها ربما ورثت وربما في المخ من والدتها، وهي تعتني بطفلين بمفردها وتعمل بدوام جزئي. الفحص العصبي الطبيعي مهم للاطمئنان.

التشخيص التفريقية الرئيسية للصداع المزمن:

- **الشقيقة الكلاسيكية:** تتميز بأعراض بصرية يليها في غضون 30 دقيقة صداع شديد نابض أحادي الجانب ورهاب للضوء وغثيان أو إقياء يستمر لعدة ساعات. عادة ما يكون البدء في عمر البلوغ وقد يكون هناك قصة عائلية إيجابية.
- **الصداع العنقودي:** يصيب الرجال بشكل رئيسي وهو أحادي الجانب عادة ما يكون عينيًا وشديداً بطبيعته، يحدث بشكل مميز بعد ساعة إلى ساعتين من النوم ويستمر لمدة ساعة إلى ساعتين ويتكرر ليلاً لمدة 6-8 أسابيع.
- **الصداع الناجم عن آفة شاغلة للحيز (مثل الورم أو الخراج):** غالباً ما يكون خفيفاً في البداية، ولكنه يزداد في الشدة على مدى بضعة أسابيع ويتفاقم بالسعال أو العطاس، يكون أسوأ في الصباح يترافق بالقيء. غالباً ما تكون هناك علامات أخرى مثل تغيير الشخصية والعلامات العصبية البؤرية.
- **أسباب متنوعة:** التهاب الجيوب الأنفية، أمراض الأسنان، داء الفقار الرقبي، الزرق، صداع ما بعد الصدمة.

من المهم الوصول إلى تشخيص واضح ومعالجة معتقدات المريض ومخاوفه بشأن الأعراض. قد يكون من الضروري إجراء تصوير طبقي محوري للرأس للاطمئنان في بعض الحالات. تحتاج مسألة الاكتئاب إلى مزيد من الاستقصاء وقد تحتاج إلى علاج بمضادات الاكتئاب.

نقاط مفتاحية

- يحدث الصداع التوتري بشكل رئيسي عند من تقل أعمارهم عن 50 عاماً، وغالباً ما تظهر على المرضى سمات الاكتئاب.
- يجب تشخيص الصداع التوتري بعد استبعاد الأسباب الأخرى.

■ القصة السريرية:

تم قبول رجل عمره 55 عاما في المستشفى بسبب الصداع والتخليط، لديه سعال ودرجة حرارته 38.2 درجة مئوية ولا يشكو من أية أعراض أخرى. قبل شهرين تم قبوله في المستشفى وكان يعاني من سعال منتج وتم العثور على عصيات مقاومة للحمض في القشع بالمسحة المباشرة، نقص وزنه وذكر حدوث تعرق ليلي أحيانا، لديه إصابة سابقة في الرأس منذ 10 سنوات، يدخن 15 سيجارة في اليوم ويشرب 40-60 وحدة من الكحول كل أسبوع. تم العثور عليه في مكان محلي للمشردين وتخرج من المشفى بعد أسبوع من العلاج المضاد للسل باستخدام الريفامبيسين، الأيزونيازيد، الإيثامبوتول وبيرازيناميد مع البيريدوكسين. أظهرت الأشعة السينية لصدره في ذلك الوقت شك بارتشاح في الفص العلوي الأيمن.

■ الفحص السريري:

بدا نحيفا ومريضا، يشعر بالنعاس قليلا، وحصل في اختبار فولشتاين (اختبار الحالة العقلية المصغر) على درجة 10/8، توجد بعض الخراخر في أعلى الساحتين الرئويتين عند الإصغاء من الخلف، معدل التنفس 22/د، لا علامات عصبية.

الاستقصاءات:

صورة صدر بسيطة في الصورة 49.1



☒ السؤال:

- ماذا قد يكون سبب قبوله الثاني في المشفى؟

الصورة 49.1: صورة بسيطة للصدر.

تظهر الأشعة السينية للصدر تغيرات واسعة في المنطقة العلوية اليمنى تبدو أنها أكثر امتداداً من تلك الموصوفة في القبول الأول قبل شهرين، من المحتمل أن يكون هذا تقاقم للسلسل الرئوي ربما حدث لأن لديه عضوية مقاومة أو -على الأرجح- لأنه لم يلتزم بالعلاج الموصوف له. من عوامل الخطر لتطور السلسل هي سوء التغذية/ زيادة تناول الكحول/ وتثبيط المناعة (فيروس نقص المناعة البشرية، والعلاج المثبط للمناعة). معدل الإصابة أعلى في مناطق شبه القارة الهندية وأجزاء من أفريقيا.

الصداع والتخليط يزيدان احتمال الإصابة بالتهاب السحايا السلي. وتشمل الاحتمالات أخرى تضرر الكبد بسبب الأدوية المضادة للسلسل والكحول (على الرغم من انه يتوقع مشاهدة اليرقان سريريا، أو نقص صوديوم الدم أو فرط كالسيوم الدم) وإذا لم تكن موجودة سيتم التوجه الى البزل القطني إذا لم يوجد ما يدل على ارتفاع الضغط داخل القحف. من المستحسن إجراء تصوير طبقي محوري للدماغ في البداية لأن السقوط المرتبط بتناول مفرط للكحول قد يؤدي إلى نزف تحت الجافية يظهر أعراض الصداع والتخليط.

انقضى شهران منذ الاكتشاف الأولي للعصيات المقاومة للحمض في القشع، ويجب أن تكون نتائج الزرع والتحسس متوفرة فيجب ان تفحص للتأكد من أن العصيات هي المتفطرة السلية، وأنها حساسة للأدوية الأربعة المضادة للسلسل التي أعطيت للمريض. كاختبار أكاديمي يمكن ان تقاس مستويات الأدوية المضادة للسلسل في الدم. يتلون البول باللون الاحمر البرتقالي نتيجة استقلاب الريفامبيسين المأخوذة في الساعات الثمان السابقة تقريبا.

أظهرت المقارنة مع الأشعة السينية القديمة لصدره امتداداً للظل في الفص العلوي الأيمن، من الصعب التأكد من فعالية المرض من خلال تصوير الصدر بالأشعة السينية ولكن من الواضح أن امتداد الظل أمر مريب؛ من المرجح أن ترتبط الظلال "الأكثر نعومة" والأكثر شفافية بالمرض النشط. أظهرت اللطاخة المباشرة للقشع أن العصيات المقاومة للحمض لا تزال موجودة في اللطاخة المباشرة وأكد المريض أنه لا يتناول أدويته بانتظام، تراجع صداعه وتخليطه عندما توقف عن تناول الكحول بكثرة؛ لذا ينبغي اعطاؤه العلاج حالياً تحت المراقبة المباشرة (DOT) في نظام ثلاث مرات أسبوعياً تحت إشراف من قبل ممرضة المنطقة أو الزائرة الصحية.

نقاط مفتاحية



- يعد ضعف الالتزام بأنظمة العلاج هو السبب الأكثر شيوعاً لفشل علاجات مضادات السلسل وغيرها من العلاجات.
- يجب استخدام علاج خاضع للمراقبة المباشرة عندما يكون هناك أي شك حول عدم الالتزام بالعلاج.
- يمكن أن يتنبأ اختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل الأولي PCR على القشع باحتمالية وجود عضيات مقاومة.

■ القصة السريرية:

شكت امرأة عمرها 29 سنة من ألم صدري أيمن مفاجئ مع قصر بالنفس أيقظها من النوم الساعة 3:00 فجراً، يزداد الألم مع الشهيق العميق والسعال، واستمر لمدة 4 ساعات منذ بدايته حتى وصولها إلى قسم الإسعاف. لديها سعال خفيف غير منتج، ولا قصة مرضية مهمة باستثناء ربو مضبوط بالسالبوتامول والبيكلوميثازون، لا توجد قصة عائلية مهمة، تعمل مدربة قيادة وكانت قد عادت منذ 3 أسابيع من عطلة مدتها 3 أسابيع في أستراليا ولم تعاني من أي مرض خلال عودتها، تتناول مانع حمل فموي خلال السنوات الأربع الأخيرة.

■ الفحص السريري:

حرارتها 37.4 درجة مئوية، معدل تنفسها 24/دقيقة، ضغط الوريد الوداجي 3 سم، ضغط الدم 110/64 مم زئبق، معدل النبض 128/دقيقة. نتيجة مقياس peak flow هي 410 L/دقيقة. في فحص الجهاز التنفسي لوحظ نقص في تمدد جدار الصدر بسبب الألم بينما كان القرع وجس الاهتزازات الصوتية طبيعية ومنتظرة، يمكن سماع احتكاك جنبي في المنطقة السفلية اليمنى من الخلف، لا توجد أصوات إضافية وبقيّة الفحص طبيعي.

الاستقصاءات:

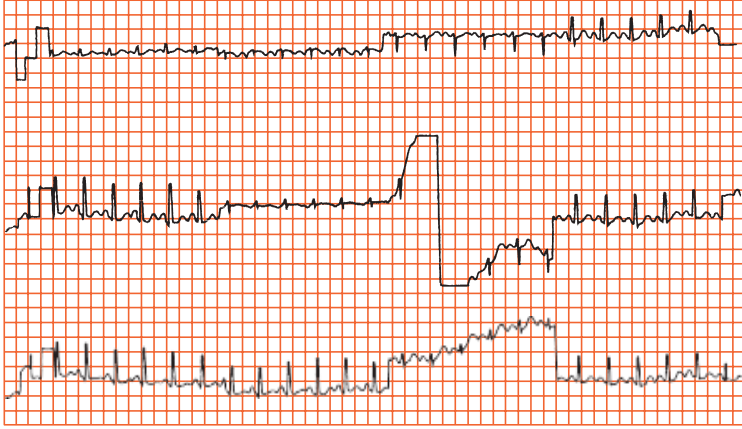
يُعرض تخطيط كهربائية القلب في الصورة 50.2، ويظهر الصورة 50.1 صورة الصدر البسيطة

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكن تأكيده؟

الصورة 50.1: صورة بسيطة للصدر





الصورة 50.2: تخطيط القلب الكهربائي.

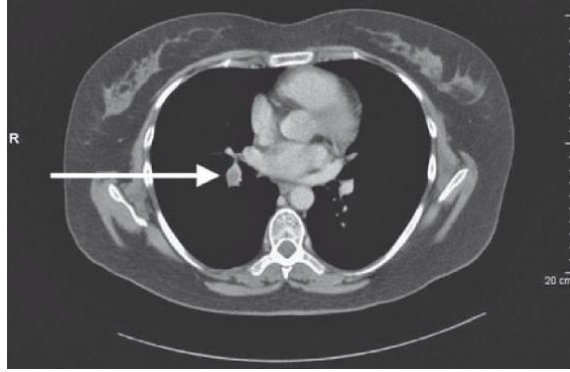
لدى المرأة بداية مفاجئة لألم جنبي وزلة تنفسية وسعال، وعلامات بالفحص (تسرع النبض والتنفس وضغط الوريد الوداجي المرتفع) كلها تتناسب مع صمة رئوية. كما أن قياس ذروة الجريان 410 ل/دقيقة يشير إلى أن الربو لا يفسر الزلة التنفسية لديها.

يتضمن التشخيص التفريقي ذات الرئة والريح الصدرية والصمة الرئوية، ولا تشير العلامات السريرية إلى ریح صدرية أو ذات رئة. إن العوامل المؤهبة للصمة الرئوية هي قصة السفر الطويل بالطائرة قبل 3 أسابيع وموانع الحمل الفموي و عملها الذي يتضمن الجلوس لفترات طويلة. يجب أخذ العوامل المؤهبة الأخرى مثل سوء استخدام الأدوية الوريدية بالحسبان. يظهر تخطيط القلب الكهربائي تسرع قلبي جيبي، إن وجود الموجة S في المسرى I، الموجة Q وانقلاب T في المسرى III (SIQ3T3) غير شائع باستثناء في حال صمة رئوية كتلية. قد نجد أيضا علامات أخرى مثل مظاهر ضخامة البطين الأيمن العابرة، وقد تظهر P الرئوية وتبدلات الموجة T. صورة الصدر البسيطة طبيعية مما يستبعد الريح الصدرية وذات الرئة الفصية.

يمكن إجراء تصوير ومضان التهوية - التروية الرئوي بحثاً عن عدم توافق نموذجي بمنطقة مهواة لكنها غير مرواة، ويمكن أن يكون لهذه النتيجة احتمالية عالية لتشخيص الصمة الرئوية. أما المعيار الذهبي للتشخيص فهو التصوير الشرياني الرئوي لكنه اختبار غازي. في حالات صورة الصدر الطبيعية وعدم وجود قصة داء رئوي مزمن فإن النتائج الإشكالية أقل شيوعاً ولا يكون من الضروري إجراء المزيد من تصاوير الرئة؛ أما في حال وجود داء رئوي مزمن مثل الداء الرئوي الساد المزمن أو الربو، فإن مسح التهوية- التروية أكثر احتمالاً أن يكون ذا نتيجة غير واضحة وتستخدم في أغلب الأحيان اختبارات إضافية. في حالة هذه المريضة تم إجراء التصوير الطبقي الوعائي الرئوي (الصورة 50.3)؛ يظهر هذا الشكل عيب امتلاء نموذجي لصمة في شريان الفص الرئوي السفلي الأيمن.

في بعض الحالات يساعد البحث عن مصدر الصمة في أوردة الساق بالدوبلر، وتستبعد نتيجة D-dimer السلبية في الدم وجود الخثار والانصمام.

ينبغي أن يتضمن التدبير الفوري الهيبارين (عادة منخفض الوزن الجزيئي تحت الجلد). ثم يمكن تحويل المعالجة المضادة للتخثر إلى الورا فارين ويستمر به كما في هذه الحالة لمدة 6 أشهر. يجب مناقشة الطرق البديلة لمنع الحمل وإعطاء النصح بالمشي لفترات معينة أو تحريك الساقين في فترة جلوسها في العمل. يجب أخذ حل الخثرة بالحسبان عند وجود أذية هيموديناميكية ناجمة عن صمة كبيرة.



الشكل 50.3: تصوير طبقي محوري للأوعية الرئوية.

نقاط مفاتيحية



- بوجود صورة صدر بسيطة طبيعية دون وجود داء رئوي مزمن، فإن مسح التهوية-التروية الرئوية يملك حساسية ونوعية جيدين.
- غالباً ما تكون صورة الصدر البسيطة وتخطيط كهربائية القلب غير مفيدتين في تشخيص الصمة الرئوية.
- تصوير الشرايين الرئوية بالطبقي المحوري يستخدم عند احتمال أن يكون مسح التروية-التهوية غير مفيداً.

■ القصة السريرية:

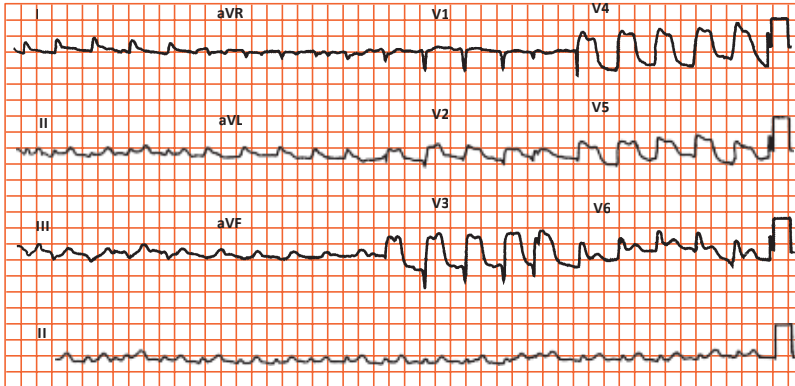
تم قبول رجل عمره 62 عام في المشفى بسبب ألم صدري في منتصف الصدر دام 3 ساعات قبل وصوله إلى قسم الإسعاف، ينتشر الألم إلى الفك والكتف الأيسر، وشعر المريض أنه مرهق في نفس الوقت. لديه قصة ألم صدري على الجهد منذ 6 أشهر، يدخن 10 سجائر يوميا لمدة 40 عام ولا يشرب الكحول، يتناول بالأسبرين مع حاصرات بيتا بشكل منتظم في السنين الأخيرتين مع استخدام بخاخ ثلاثي نترات الغليسيريل عند الحاجة واتضح أنه يستخدمه 2-3 مرات في الأسبوع. توفي والده بسبب احتشاء عضلة قلبية بعمر 66 عام، وأجرى شقيقه البالغ من العمر 65 عام مجازة شريان إكليلي منذ 4 سنوات، ليس لديه سوابق مرضية أخرى، يعمل حارس أمني.

■ الفحص السريري:

المريض متعرق متألم لكن فحص الجهاز التنفسي والقلبي الوعائي طبيعي لديه، ضغطه الدم 82/138 مم زئبق، معدل النبض 110/دقيقة ومنتظم.

الاستقصاءات:

يُعرض تخطيط كهربائية القلب في الصورة 50.1



الصورة 51.1: تخطيط القلب الكهربائي.

تم تسكين المريض، وخضع لتداخل وعائلي إسعافي وتركيب شبكة بسبب وجود تضيق شريان إكليلي أمامي أيسر شديد، وتم إضافة الكلوبيدروجيل (clopidogrel) لعلاج. استقر ألمه وبدأ بالحركة بعد يومين؛ لكن في اليوم الرابع بعد القبول أصبح حالته أسوأ.

بالفحص، كان ضغط الوريد الوداجي مرتفع 6 سم فوق زاوية قبضة القصد، ضغط الدم 64/102 مم زئبق، معدل النبض 106/دقيقة ومنتظم، حرارته 37.8 C. بإصغاء القلب هناك نفخة انقباضية في كل البؤر، وفي فحص الجهاز التنفسي توجد خراخر تنفسية في نهاية الشهيق في قاعدة الرئتين وحتى وسط الرئتين، لا توجد شذوذات جديدة في مكان آخر خلال الفحص. صورة الصدر البسيطة في الصورة 51.2.



الصورة 51.2: صورة الصدر البسيطة.

الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يمكن تأكيد ذلك؟

كان لدى هذا الرجل البالغ من العمر 62 سنة احتشاء عضلة قلبية حاجزي أمامي، يستدل عليه من الموجة Q في V2 وV3 وارتفاع القطعة ST في V2 V3 V4 وV5. أصبح بحالة غير جيدة فجأة بعد أربعة أيام ولم يكن لديه مشكلة أولية؛ الخراخر الشهيقية المتأخرة نموذجية لوذمة الرئة، وتؤكد صورة الصدر هذا حيث تظهر احتقان سري مع بعض الامتلاء السنخي، وخطوط كيرلي ب في قاعدة الرتين وتثلّم الزاوية الضلعية الحجابية مع انصباب جنب خفيف.

إن المشاكل التي قد تحدث في هذا الوقت وتؤدي إلى قصور في النفس هي الاحتشاء القلبي الإضافي واللائظميات، وتمزق في الحبال الوترية للصلمام التاجي، وانتقاب الحاجز بين البطينين أو حتى الجدار الحر للبطين، والصمة رئوية. يمكن أن يؤدي الأوائل إلى وذمة رئوية وارتفاع ضغط الوريد الوداجي كما عند هذا الرجل. بينما تنماشى الصمة الرئوية مع ارتفاع ضغط الوريد الوداجي ولكن ليس مع موجودات الوذمة الرئوية بالفحص والصورة البسيطة.

يسبب كل من القصور التاجي الحاد الناتج عن تمزق الحبال والانتقاب الإقفاري للحاجز بين البطينين نفخة شاملة للانقباض، ويختلف موقع الشدة العظمى للنفخة حيث يكون قمي في تمزق الحبال ويكون أسفل الحافة اليسر للقص في العيب الحاجزي البطيني، لكن قد لا يتم التفريق بشكل واضح في حال كانت النفخة شديدة، ويتم التفريق باستخدام الإيكو القلبي.

إن تدبير تمزق الحاجز البطيني الحاد أو تمزق الحبال الحاد متشابه ويتضمن استشارة جراحي القلب؛ وعندما تسبب هذه الآفة اضطراب هيموديناميكي كما عند هذا المريض فيجب الإصلاح الجراحي سواء بشكل حاد إذا كانت المشكلة شديدة للغاية أو بعد الاستتباب بالمعالجة المضادة لقصور القلب، أو حتى معاكسة النبضان باستخدام مضخة البالون داخل الأبهر المضاد للنبضان. قد تحدث درجات أخف من قصور القلب مع نفخة شاملة للانقباض عندما يحدث احتشاء في العضلات الحليمية للصلمام التاجي، يتم تدبير ذلك بالمعالجة المضادة للقصور وليس بالتداخل الجراحي، ويمكن تمييزهما بإيكو القلب.

نقاط مفتاحية



- سبب قصور التنفس بعد احتشاء العضلة القلبية يتطلب التقييم الحذر.
- قد تكون علامات العيب الإقفاري في الحاجز البطيني والقصور التاجي بسبب تمزق الحبال بعد احتشاء العضلة القلبية صعبة التفريق.
- يمكن أن يتظاهر المرضى المصابون بالخنق أو الاحتشاء القلبي بألم منتشر دون ألم صدري مركزي أو فقط مع تأثير القلب دون ألم إطلاقاً.

■ **القصة السريرية:**

تم إرسال رجل عمره 82 سنة من قبل طبيبه العام إلى قسم الإسعاف. يشكو الرجل من ضعف وتعب عام، وألم معم في العضلات، وبعض الألم في المفاصل خاصة في المرفقين والمعصمين والركبتين. سقط قبل ثلاثة أسابيع وارتطمت ركبته حدث لديه بعض الألم الموضعي المرتبط بذلك.

المريض غير مدخن ولا يشرب الكحول ولم يكن يتناول أي علاج دوائي. عانى من احتشاء عضلة قلبية منذ اثنتي عشرة سنة وتم وضعه على حاصرات بيتا لكنه فقد الوصفة خلال السنوات الست الأخيرة، وخضع لاستئصال مرارة منذ عشرين سنة، كان يعمل عاملاً وتقاعد بعمر 63 سنة، يعيش وحيداً في طابق ثاني، توفيت زوجته قبل 5 سنوات ولديه ابن وحيد يعيش في إيرلاندا لم يره منذ 3 سنوات.

■ **الفحص السريري:**

يوجد مضمض في العضلات حول حزام الطرف العلوي، ومضمض خفيف في المرفقين والمعصمين والركبتين، الفم طبيعي باستثناء أن لسانه يبدو أملساً بعض الشيء وليس لديه أسنان لأنه فقد أطقم أسنانه، فحص الجهاز القلبي الوعائي والتنفسي والهضمي طبيعي، لديه في ساقه جرح سطحي أمام الظنبوب الأيمن مازال ينز الدم ولم يشف، يوجد طفح حبري حول الكاحلين، وتوجد مناطق الأكبر من التكدم على الذراعين والساقين قال المريض أنها لم تترافق مع أي رض.

		الاستقصاءات:
		Normal
Hemoglobin	10.1 g/dL	13.7-17.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	74 FL	80-99 FL
White cell counts	$7.9 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Neutrophils	$6.3 \times 10^9/L$	$1.8-7.7 \times 10^9/L$
Lymphocytes	$1.2 \times 10^9/L$	$1.0-4.8 \times 10^9/L$
Platelets	$334 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$

☒ **الأسئلة:**

- ماهي النقطة المهمة التي لم تذكرها القصة؟
- ما هو التشخيص المحتمل؟

النظام الغذائي جزء أساسي من أي قصة مرضية، وهو هام بشكل خاص هنا حيث أن عددًا من التظاهرات تشير لاحتمال وجود مشكلة تغذية؛ كان المريض أرملاً لمدة 5 سنوات من دون دعم عائلي وعاش وحيداً في الطابق الثاني مما جعل من الصعب عليه الخروج من البيت، أضاع أطقم أسنانه مما جعل مضغ الطعام صعباً عليه. الطريقة الأسهل كانت ربما أن نسأله ماذا كان يأكل في الأيام العادية وماذا كان وارده الطعمي خلال اليومين الأخيرين.

لدى المريض طفح حبري قد يرتبط باضطرابات التخثر ولكن تعداد الصفيحات طبيعي. من المهم فحص الطفح بشكل حذر لنرى ما إذا كان موزعاً حول جريبات الأشعار؛ تشير العديد من التظاهرات إلى تشخيص محتمل وهو الإسقربوط الناجم من عوز فيتامين C لأن مخازن الجسم من الفيتامين C كافية لمدة 2-3 أشهر. إن الطفح وألم ومضض العضلات والمفاصل وضعف اندمال الجرح وفقر الدم صغير الكريات كلها علامات الإسقربوط؛ والمظهر الكلاسيكي هو النزف من اللثة ولن يكون موجوداً لدى مريض فاقد الأسنان.

قياس الفيتامين C في المصل صعب بسبب المجال الطبيعي الواسع. وعند هذا المريض تمت المعالجة المعیضة بحمض الأسكوربيك وازالت الأعراض خلال أسبوعين. ومن المهم البحث عن الأعواز الغذائية الأخرى في هذه الحالة لترتيب الدعم لضمان أن الحالة لن تعاود بعد الخروج من المشفى.

نقاط مفتاحية



- ينبغي أن تكون القصة الغذائية جزءاً من التقييم السريري، خاصة عند المسنين.
- يمكن أن يحدث عوز الفيتامينات في المرضى ذوي الحمية الفقيرة بغياب أي مشكلة تدل على وجود سوء امتصاص.

■ **القصة السريرية:**

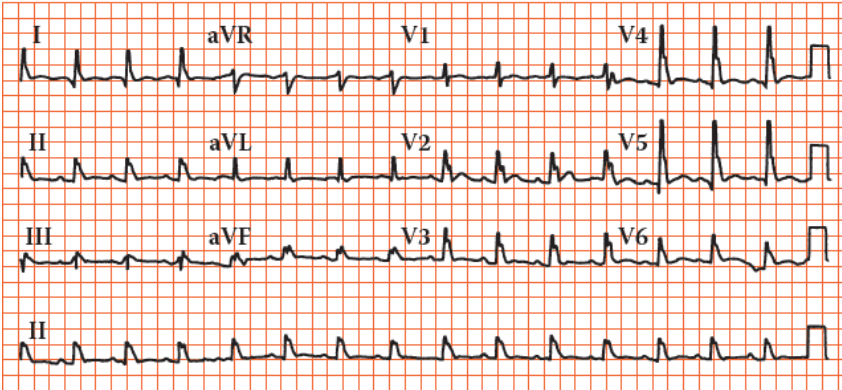
تم إحضار رجل أشعث غير معروف العمر يقدر بين 55-65 سنة إلى المشفى في سيارة إسعاف حيث وجد فاقد الوعي على الرصيف خارج حانة في ليلة رأس السنة، لا تتوفر أي معلومات حوله، ووجدت عبوة باراسيتامول وديهيدركودئين مستخدمة في جيبه، ولم توجد أدوية غير قانونية ولا بطاقة تعريف معه.

■ **الفحص السريري:**

بدا شاحباً، وعليه رائحة كحول وبول، لا علامات لأذية في الرأس ولا علامات عصبية بؤرية، المنعكسات الوترية موجودة وسوية باستثناء منعكس الكاحل الذي كان غائباً، المنعكس الأخمصي نحو الأسفل. الحدقتان سويتان ومتفاعلتان، وقعر العين يبدو طبيعياً، واستكملت الممرضة جدول الملاحظات في قسم الإسعاف.

الاستقصاءات:

- Pulse: 82/min •
 - Blood pressure: 92/56 mmHg •
 - Temperature: 35.1°C •
 - Respiratory rate: 12/min •
 - Oxygen saturation: 95 per cent breathing air •
 - Glasgow Coma Scale: 10/15 •
 - Urine on catheterization: 450 mL volume; + sugar; + blood; no protein •
- The electrocardiogram (ECG) is shown in Figure 53.1..



الصورة 53.1: تخطيط القلب الكهربائي.

☒ **الأسئلة:**

- ما هو السبب المحتمل للمشكلة؟
- ما الاستقصاءات والمعالجة المستنبة؟

فقد هذا الرجل الوعي في جو مفتوح لمدة غير معروفة، توجد قصة بسيطة وقد تشير الأدوية التي في جيبه عن معاناته من مشكلة وحالة مسببة للألم. يوجد عدد من الأسباب المحتملة لفقدان الوعي؛ تتضمن الحوادث الوعائية الدماغية، جرعة دوائية مفرطة بشكل متعمد أو بدون قصد بما ذلك الانسمام الكحولي، اضطراب استقلابي أو صماوي، أو انخفاض الحرارة.

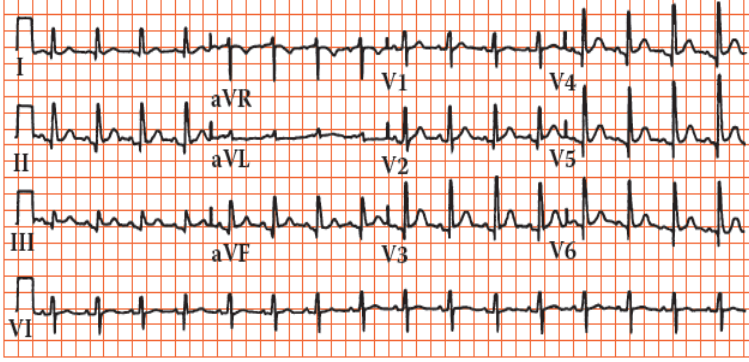
إذا كان هناك جرعة زائدة (مثلاً من ديهيدرو كودئين)، ستكون الحدقتان صغيرتان. يتماشى معدل التنفس البطيء مع فرط الأفيونات المثبط للتهوية. تظهر نتائج الإشباع الأوكسجيني أنه يحصل على أكسجة كافية على الرغم أنه من الحكمة إجراء غازات الدم لقياس الضغط الجزئي الشرياني لـ CO₂ (PaCO₂). سيكون مناسباً قياس مستوى الباراسيتامول في الدم، ومن الضروري إعطاء مضاد الأفيون نالوكسون عند وجود احتمال لفرط الجرعة؛ ويجب قياس مستوى الكحول في الدم لاستبعاد التسمم الكحولي.

من المتوقع أن تسبب الحوادث الدماغية الوعائية بعض العلامات العصبية البؤرية بالفحص السريري الدقيق حتى لو كان المريض فاقد الوعي؛ لا توجد مثل هذه العلامات هنا، وبالنسبة لغياب المنعكس في الكاحلين قد تكون مرتبطة بسنه.

قد يكون لدى المريض سبات فرط أوسمولية غير كيتوني مكتشف بالسكر المرتفع ووجود دليل على ارتفاع تركيز الدم؛ يجب قياس سكر الدم مع الشوارد والدمويات، لكن العلامة الإيجابية الوحيدة (+) للسكر في البول يجعل من غير المحتمل أن يكون لديه سبات فرط سكر الدم. ويجب قياس وظيفة الكبد والكلية.

معدل التنفس لدى المريض بطيء، ضغط الدم منخفض، ويظهر تخطيط القلب عرض مركب QRS. وتبدي المركبات العريضة على تخطيط القلب الكهربائي انحناء إضافي في نهاية مركب QRS؛ النقطة J. إن الموجة J وصفية لانخفاض الحرارة وتختفي بإعادة التدفئة كما هو مبين في تخطيط القلب التالي (الصورة 53.2). يجب أن يكون معدل النبض أبطأ من 82/دقيقة في هذا الرجل، وقد يبدي تخطيط القلب الكهربائي دليلاً على اهتزازات ناجماً عن الارتعاش، لا تبدو درجة الحرارة 35.1C منخفضة بشكل كبير، لكن قد لا تكون حقيقية إن لم تكن درجة حرارة الجسم الحقيقية أو تم قياسها بميزان حرارة طبيعي زئبقي (ميزان الحرارة الزئبقي غير موثوق في درجات الحرارة المنخفضة). في الحقيقة، في هذه الحالة، أظهر قياس الحرارة عن طريق الشرج بميزان حرارة للقراءة المنخفضة حرارة 30.6، ولم يكتشف وجود الباراسيتامول في الدم، وكانت مستويات الكحول منخفضة 11مغ/مل.

الشكل 53.2 تخطيط كهربائية القلب بعد تراجع انخفاض الحرارة



تدبير انخفاض الحرارة هو إعادة التدفئة المنفصلة تدريجياً وإعاضة السوائل بالغروانيات المدفأة حتى تتم تدفئة المريض. يجب أن ترفع الحرارة 0.5-1 درجة كل ساعة؛ إذا لم يتحقق ذلك بتغطية المريض ببطانية، ثم باستنشاق الأوكسجين المدفأ والسوائل الوريدية المدفأة فيجب أن تؤخذ الغسيل البريتواني والمثاني بالاعتبار. يجب الحد من الأدوية والاضطراب الفيزيائي نظراً لأن العضلة القلبية غالباً ما تكون قابلة للتحريض ومؤهبة للانظميات.

نقاط مفتاحية



- يجب أخذ قصور الدرق بالحسبان كمساهم في انخفاض الحرارة.
- حتى وإن كان الكحول سبباً لفقدان الوعي، يجب استبعاد الأسباب الأخرى.
- يتطلب تشخيص انخفاض الحرارة مقياس حرارة قادر على قراءة الدرجات المنخفضة.
- الموجة J علامة وصفية لانخفاض الحرارة في تخطيط كهربائية القلب.
- يعالج انخفاض الحرارة في الأشخاص المسنين بالتدفئة التدريجية المنفصلة.

■ **القصة السريرية:**

تشكو شابة عمرها 22 عاماً من التعب منذ ستة أشهر، العرض الآخر الوحيد هو زيادة تدريجية في تواتر التغوط من مرة واحدة في اليوم في المراهقة إلى مرتين أو ثلاث يومياً، وليس لديها ألم بطني أو تبدل في الشهية. قالت بأنه من الصعب أحياناً التخلص من حركات الأمعاء ولكنه ليس مشكلة ثابتة. المريضة غير مدخنة ونادراً ما تشرب الكحول، كانت نباتية لمدة 5 سنوات لكنها تأكل منتجات الألبان والسمك بشكل منتظم. تظن بأن جدتها التي عاشت في إيرلندا كانت تعاني من نفس المشاكل ولكنها ماتت منذ ثلاث سنوات بعمر 68. المريضة معلمة في مدرسة أطفال وتمضي الكثير من وقت فراغها في دروس الحفاظ على اللياقة وإجراءها في صالة الألعاب الرياضية المحلية، تستمتع بعملها وتتواصل بشكل منتظم مع حلقة واسعة من الأصدقاء.

■ **الفحص السريري:**

طولها 1.62 م (5 أقدام و4 إنش) وتزن 49 كغ. تبدو شاحبة قليلاً ونحيفة. فحص البطن وبقية الأجهزة ضمن الطبيعي.

الاستقصاءات:		
	Normal	
Hemoglobin	9.8 g/dL	11.7-15.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	98 FL	80-99 FL
White cell counts	$6.5 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$247 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Red cell folate	44 mg/L	>160 mg/L
Vitamin B ₁₂	280 ng/L	176-925 ng/L
Thyroid-stimulating hormone	3.5 mU/L	0.3-6.0 mU/L
Free thyroxine	12.9 pmol/L	9.0-22.0 pmol/L

The blood film is reported as a dimorphic film with remnants of nuclear material (Howell-Jolly bodies) in some of the red blood cells.

⊗ **الأسئلة:**

- كيف توصف هذه الموجودات؟
- ما هو التشخيص المحتمل، وكيف يمكن تأكيده؟

التشخيص الأكثر احتمالاً هو سوء امتصاص ناجم عن الداء الزلاقي. إن تقرير لطاخة الدم المحيطي ذكر أن الكريات ثنائية الشكل مما يعني وجود كريات صغيرة وكريات كبيرة، وهذا يدل على أن فقر الدم سببه اجتماع عوز الفولات الذي يستدل عليه من شكل كريات الدم الحمر وعوز الحديد. إن أجسام هول جولي هي اندخالات زرقاء داكنة في الكريات الحمراء توجد بشكل نموذجي في الدم عند المرضى بعد استئصال الطحال أو تترافق مع ضمور الطحال المميز للداء الزلاقي. في الداء الزلاقي توجد حساسية للغلوتين الغذائي، وهو بروتين غير منحل في الماء يوجد في العديد من الحبوب، الجزء القريب من الأمعاء الدقيقة هو المكان الأساسي للإصابة بفقدان الزغابات والرشاحة الالتهابية التي تسبب نقص الامتصاص. حجم الكرية الوسطي على الحد الأعلى الطبيعي.

أسباب كبر حجم الكريات في لطاخة الدم:

- عوز الفولات.
- عوز فيتامين ب 12.
- استهلاك مفرط للكحول.
- قصور الدرق.
- بعض الأدوية (أزاثيوبرين، ميتوتريكسات).
- فقر الدم بأرومات الحديدية المكتسب الأولي، ومتلازمات عسر تصنع النقي.

يتم التوجه للداء زلاقي بشكل أكثر من القصة العائلية الإيجابية والأصل الإيرلندي، حيث أنه هناك أشيع أربع مرات من بقية أنحاء المملكة المتحدة. التشخيص التفريقية الأخرى التي قد تؤخذ بالاعتبار هي القهم العصبي (عمرها، جنسها، الالتزام بالتمارين)، لم تبدو مكتئبة (سبب شائع لنقص الوزن واضطراب الأمعاء)، وتشير الموجودات المخبرية بوضوح إلى مشكلة جهازية.

يمكن تأكيد تشخيص الداء الزلاقي عبر التنظير الهضمي، والذي يمكن من خلاله أخذ خزعة من الجزء القاصي للعفج؛ ستظهر بشكل نموذجي ضمور كامل للزغابات. عادة ما تكون الأضداد IgA anti-tissue transglutaminase و IgA endomysial إيجابية عندما يكون المريض ما يزال يتناول الغلوتين؛ وهي اختبار مسحي مفيد. العلاج هو الحمية الخالية من الغلوتين مع إعادة الخزعة بعد عدة أشهر لمراقبة التحسن في طول الزغابات في الأمعاء الدقيقة. قد تتطلب بعض الحالات معالجة مؤقتة بالستيروئيدات للمساعدة في الشفاء. إن عدم الالتزام بالحمية القاسية هو سبب شائع للفشل في استرجاع بنية الزغابات، وقد تستمر الأعراض إذا كان لدى المريض عدم تحمل اللاكتوز أو متلازمة الأمعاء الهبوجة.

نقاط مفتاحية



- أجسام هولي – جولي وصفية لنقص وظيفة الطحال.
- يمكن أن يتظاهر الداء الزلاقي في أي عمر بأعراض غير نوعية، من الشائع وجود الألم البطني أو الإسهال الدهني.
- قد لا تكون المظاهر النموذجية لسوء امتصاص الشحوم واضحة إذا كان المريض يتناول غذاء قليل أو عديم الوارد من الشحوم.

■ القصة السريرية:

تم قبول امرأة عمرها 45 في المستشفى بسبب ذات رئة. عانت من ثلاث هجمات من السعال والحمى والقشع القيحي على مدى ستة أشهر، ترافقت إحداها مع ألم صدري جنبي أيمن وتمت معالجتها في المنزل من قبل طبيبها العام. إضافة إلى ذلك لديها قصة صعوبة بلع متفرقة منذ مدة 5 سنوات، حيث تقول يبدو كأن الطعام عالق في منطقة خلف أسفل القص، وهذا ينطبق على كل الأطعمة الصلبة، فقدت 5 كغ من وزنها خلال الشهرين الفائتين. أحياناً يبدو أن صعوبة البلع تتسحن خلال وجبة، ومؤخراً كان لديها في اضطراب بارترجاع وتقيؤ أطعمة محددة.

قبل ثلاث سنوات رتب طبيبها العام لإجراء تنظير هضمي، وكان طبيعياً لذا كانت المريضة مطمئنة، لكن المشكلة تفاقمت في شدتها. لا سوابق مريضة طبية أخرى ذات صلة، ولا قصة عائلية، عاشت في الساحل الجنوبي الغربي للولايات المتحدة الأمريكية لمدة 4 سنوات منذ 10 سنوات الماضية، وكانت تعمل مساعدة في متجر، لم تدخن إطلاقاً، تشرب أقل من 5 وحدات من الكحول كل أسبوع. لا يوجد أي اضطراب في التبول، وتميل دوماً لأن تكون مصابة بالإمساك وأصبح ذلك أقل سوءاً حديثاً.

■ الفحص السريري:

تبدو نحيفة، يوجد بعض الخراخر في القاعدة اليمنى. بقية الفحص ضمن الطبيعي.

الاستقصاءات:

يظهر الصورة 55.1 صورة الصدر البسيطة لها.



☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف سوف تثبت ذلك؟

الصورة 55.1: صورة الصدر البسيطة.

التشخيص المحتمل هو أكلالازيا في منطقة الفؤاد؛ وهي اضطراب عصبي بدئي في الضفائر العصبية في النهاية السفلية للمري. تظهر صورة الصدر البسيطة مري متوسع مملوء بالسائل دون مشاهدة الفقاعة الهوائية للمعدة، قد يكون التنظير طبيعياً في المراحل البكرة كما في هذه الحالة. المري الآن متوسع مع تأثير للركودة الطعامية على الرئتين نظراً لهجمات الإنتانات التنفسية المتكررة، ومثل هذا الاستنشاق من المحتمل أن يصيب أكثر الفص السفلي الأيمن لأن القصبة الرئيسية اليمنى الأكثر شاقولية، على الرغم أن نتيجة الاستنشاق الليلي تعتمد على وضعية المريضة. عادة ما تكون عسر البلع متغيرة باكراً وتميل لأن تكون موجودة مع كل الأطعمة مما يدل على مشكلة حركية، وقد يكون هناك في البداية بعض التحسن بسبب الحمل الميكانيكي عندما يمتلئ المري. تشير عسرة البلع للأطعمة كبيرة الحجم الصلدة إلى أفة انسدادية.

يمكن أن يوضع التشخيص في هذه المرحلة عبر بلعة الباريوم التي يظهر المري المتوسع. بشكل باكراً أكثر يتطلب الأمر تصوير شعاعي فيديوي دقيق مع بلعة طعامية مشبعة بالباريوم أو دراسة حركية المري باستخدام قسطرة مجهزة بعدد من حساسات الضغط لاكتشاف الحركية غير الطبيعية في عضلية المري.

يمكن أن تنتج حالة مشابهة عن طفيلي أولي هو التريبانوسوما كروزبي (داء شاغاس)، لكن هذا مقتصر على جنوب ووسط أمريكا ولن يكون متعلقاً ببقائها في جنوب غرب الولايات المتحدة الأمريكية.

الأسباب الأخرى الشائعة لعسرة البلع هي: تضيق المري الحميدة الناتجة عن القلس الحمضي، التضيق الخبيثة، الانضغاط الخارجي أو رتوج المري. من الممكن تدبير الاكلالازيا بإرخاء عضلية أسفل المري دوائياً ولكنه غالباً سيتطلب خزع العضلية بالتنظير الهضمي أو الجراحة.

نقاط مفتاحية



- قد لا يعكس موقع توقف اللقمة في عسر البلع مستوى الانسداد بشكل دقيق.
- عسرة البلع المستمرة بدون تفسير تحتاج للاستقصاء عبر بلعة الباريوم أو التنظير الهضمي.

■ **القصة السريرية:**

قدمت امرأة مسنة عمرها 74 سنة بالإسعاف ولديها صداع شديد مفاجئ تطور بينما كانت تجرف الثلج خلال قيادتها، هي لم تتذكر أنها أخذت للمستشفى لأنه تم استعاء سيارة الإسعاف من قبل الجيران الذين شاهدوا المرأة وهي تعاني من اختلاجات معممة. تصف الألم الآن على أنه أسوأ صداع عانت منه على الإطلاق، وهو صداع معمم مع رهاب للضوء اللامع. كان لديها صداع مشابه أخف قبل حوالي 10 أيام، لديها قصة ارتفاع ضغط شرياني مضبوط بشكل جيد. تدخن 20 سيجارة في اليوم.

■ **الفحص السريري:**

بالفحص كانت المريضة بحالة وسن، مع صلابة نقرة واضحة ورهاب للضوء، ضغط الدم كان 102/172، ولا علامات عصبية بؤرية.

☒ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ماهي التشخيصات التفرعية الرئيسية؟
- كيف تستقصي هذه المريضة؟

الصداع من أشيع الشكايات السريرية، البداية المفاجئة لصداع خلال ثواني أو بضعة دقائق مميز للنزف تحت العنكبوت، بالمقابل تأخذ الشقيقة عادة ساعة إلى عدة ساعات لتصل إلى شدتها العظمى، إن غياب قصة صداع مشابه في الماضي يشير إلى إمرضية جديدة.

الصداع التوتري هو أشيع صداع عند عامة السكان؛ التظاهر النموذجي له صداع خفيف إلى متوسط الشدة، غير نابض، ثنائي الجانب دون أعراض مرافقة. أما الصداع العنقودي يتميز خلال 3 أسابيع أنفي، دماغ، وسيلان أنفي. أما الشقيقة عادة ما تسبق بأعراض وصفية مثل وميض ضوئي وعادة ما تكون وحيدة الجانب، وقد يحدث غثيان و رهاب ضوء خلال الهجمة. وتسبب أورام الدماغ صداع عبر إحداث زيادة في الضغط داخل القحف، ويكون أسوأ بعد السعال وغالباً ما يترافق مع غثيان وقيء.

غالباً ما يصف مريض النزف تحت العنكبوت الألم على أنه أسوأ صداع في حياته، وتشير الحمى المترافقة مع الصداع عادة إلى مرض إنتاني مثل التهاب السحايا، ويدل تبدل مستوى الوعي أو التبدل في الشخصية إلى إمرضية مستبطنة. إن تمزق أم الدم يؤدي إلى انتشار الدم إلى السائل الدماغي الشوكي تحت ضغط شرياني، ومن المحتمل أن يستمر النزف فقط ليضع ثواني، لكن عودة النزف شائعة. قد تكون بداية الصداع موضعة في جانب أم الدم وقد يترافق مع فقدان وجيز للوعي، اختلاج، غثيان وإقياء وصلابة نقرة. سيعاني قلة قليلة من المرضى من نزف أصغر يسبب صداع شديد (الصداع الحارس) يسبق النزف تحت العنكبوتي الرئيسي ب 3 أسابيع، وقد يكون الجهد الفيزيائي محرراً. تتضمن عوامل الخطر التدخين، الاستهلاك المفرط للكحول، ارتفاع الضغط غير المضبوط، والقصة العائلية.

خلال الفحص قد يكون مستوى الوعي منخفضاً، توجد صلابة في العنق وقد يكون هناك نزف خلف الشبكية. الاستقصاء المفتاحي هو التصوير الطبقي المحوري دون حقن مادة ظليلة. إن حساسية الطبقي المحوري للرأس عظمى في إظهار الدم في السائل الدماغي الشوكي في الساعات 6-12 الأولى، ومن بعدها تتراجع بسرعة على مدى الأيام القليلة التالية. البزل القطني أساسي إذا كان هناك شك سريري عالي بالنزف تحت العنكبوت وكان الطبقي المحوري طبيعي؛ وتكون الموجودات هي ضغط انفتاح مرتفع، تعداد كريات حمر مرتفع لا يزول بعد القطرات الأولى القليلة، أما الاصفار (أحمر/أصفر) يشير إلى منتجات تفكك الهيموغلوبين وهو أيضاً يشير إلى نزف تحت عنكبوتي حديث. حالما يتم تأكيد تشخيص النزف تحت العنكبوت جرى تصوير وعائي بالطرح الرقمي لتحديد النقطة المحتملة للنزف من أجل التداخل. لن يكون لدى 15% من المرضى أم دم بالتصوير الوعائي.

التشخيص التفريقي الأساسية للنزف تحت العنكبوت هي الصداع الحارس، خثار وريدي دماغي، نوبة ارتفاع ضغط حادة، والتهاب السحايا الفيروسي والجرثومي.

يترافق النزف تحت العنكبوتي مع معدل وفيات يصل إلى 50%. وتتضمن الاختلاطات: عودة النزف، احتشاء دماغي، استسقاء دماغ، إقفار قلبي وعسر وظيفة الوطاء.

نقاط مفتاحية



- تستدعي البداية المفاجئة لصداع شديد الاستقصاء لاستبعاد النزف تحت العنكبوتي.
- يلي الصداع الحارس غالباً نزف تحت عنكبوتي شديد.

■ القصة السريرية:

راجع شاب عمره 29 عاماً بقصة سعال وآلام خفيفة في اليدين والمعصمين والكاحلين، بدأت منذ شهرين وتفاقت قليلاً، كما عانى المريض قبل ستة أسابيع من بعض الألم في عينيه ولكنه اختفى خلال أسبوع واحد. كان السعال غير منتج، ولاحظ المريض بعض الآفات الجلدية على حافة خط الشعر وحول فتحة الأنف. لا يوجد سوابق لدى المريض سوى أنه خضع في سن 17 سنة لاستئصال الزائدة الدودية. ولد المريض في ترينيداد ثم قدم إلى المملكة المتحدة في سن 4 سنوات، كل من شقيقه ووالديه بحالة جيدة. المريض غير مدخن وممتنع عن الكحول ولا يتناول أية عقاقير استجمامية، يعمل كمراسل ويمارس التمارين الرياضية بانتظام حتى الأسابيع القليلة الماضية.

■ الفحص السريري:

لا يوجد تشوه في المفاصل ولا دليل على وجود أي التهاب حاد، ولا موجودات مرضية في كل من الجهاز التنفسي والجهاز القلبي الوعائي، يوجد في الجلد بعض المناطق المرتفعة قليلاً على حافة خط الشعر من الخلف وعلى جناح الأنف ولونها أفتح قليلاً من بقية الجلد.



الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	13.5 g/dL	13.0-17.0 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	88 FL	80-99 FL
White cell counts	$8.5 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$264 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	34 mm	<10 mm/h
Sodium	140 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.0 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	3.6 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	74 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Bilirubin	14 mmol/L	3-17 mmol/L
Alkaline phosphatase	84 IU/L	30-300 IU/L
Alanine aminotransferase	44 IU/L	5-35 IU/L
Calcium	2.69 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.20 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L

The chest X-ray is shown in Figure 57.1.



☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف يمكن التأكد من ذلك؟

الصورة 57.1: صورة بسيطة للصدر.

التشخيص المحتمل هو الساركوئيد. إن العمر نموذجي للإصابة، وهو أكثر شيوعاً عند الأشخاص من أصل إفريقي-كاريببي. تظهر الصورة البسيطة للصدر ضخامة عقد لمفية سرية ثنائية الجانب، تظهر تحاليل الدم ارتفاعاً طفيفاً في مستوى الكالسيوم الذي يرتبط بحساسة فيتامين D في الساركوئيد، حيث تحول الأورام الحبيبية 25-هيدروكسي كولي كالسيوم إلى 1,25-ثنائي هيدروكسي كولي كالسيوم، وترتفع سرعة التثقل، وتكون الأنزيمات الكبدية على الحد الأعلى الطبيعي. تعتبر الأفات الجلدية عند خط الشعر والمنخرين مواقع نموذجية لأفات الجلد الساركوئيدية، كما قد تكون المشكلة العينية التي حدثت قبل 6 أسابيع أيضاً مظهراً من مظاهر الساركوئيد، والذي قد يسبب التهاب القرنية الأمامي والخلفي.

التشخيص البديل الذي يمكن أن يفسر الموجودات هو السل؛ حيث يمكن أن يسبب أيضاً فرط كالسيوم الدم، على الرغم من أن هذا أقل شيوعاً بكثير من الساركوئيد. يمكن للأورام وبشكل خاص اللمفومات أن تعطي مظهر الأشعة البسيطة إلا أنها لا تفسر الموجودات الأخرى. يحدث الألم المفصلي (آلام بدون وجود دليل على تشوه أو التهاب حاد بالفحص) في الساركوئيد أو السل، ولكنه أشيع في الساركوئيد، أما سرعة التثقل فهي غير نوعية. إن وجود الألم المفصلي عند رجل إفريقي-كاريببي يزيد من احتمالية الإصابة بالذئبة الحمامية الجهازية (SLE)، إلا أنها أكثر شيوعاً عند النساء ولا تسبب ضخامة عقد لمفية سرية ثنائية الجانب.

من المحتمل أن يكون المريض ملقح بلقاح BCG (عصية كالميت-غيرين) في المدرسة في سن الـ 12 سنة مما أعطاه درجة من الحماية ضد السل؛ ينبغي أن يكون اختبار السلين إيجابياً بعد لقاح BCG، وإيجابياً بشدة في غالبية حالات السل وسلبياً في 80% من حالات الساركوئيد. من الممكن أن ترتفع المستويات المصلية للأنزيم المحول للأنجيوتنسين في أكثر من 80% من حالات الساركوئيد إلا أنها غالباً ما ترتفع في السل أيضاً حيث أن خلايا الورم الحبيبي تفرز هذا الأنزيم. سيؤكد التصوير الطبقي المحوري للصدر مدى ضخامة العقد اللمفية وسيظهر فيما إذا كانت الإصابة شاملة للبرانشيم الرئوي. قد يساهم الفحص النسيجي للنسج المتضررة في تأكيد التشخيص السريري، يمكن الحصول على عينة من خلال خزعة جلدية لإحدى الأفات، وتعتبر الخزعة القصبية أو خزعة الرئة عبر القصبات المأخوذة بالتنظير القصي الليفي البصري وسيلة أخرى للحصول على الأنسجة التشخيصية لأنه غالباً ما يكون الغشاء المخاطي القصي لدى المرضى الذين يعانون من السعال والساركوئيد غير طبيعي، حيث أن الخزعة ستزودنا بالتشخيص. ينبغي إجراء اختبارات وظائف الرئة ومخطط كهربائية القلب بشكل أساسي إذا تم تأكيد التشخيص وذلك للاحتفاظ بهم كمرجعية عند حدوث طارئ.

إن العلاج بالستيروئيدات غير ضروري لضخامة العقد اللمفية السرية ولكنه قد يستطب لفرط كالسيوم الدم وربما للأعراض الجهازية.

نقاط مفتاحية



- يعد مرض الساركويد أكثر شيوعاً في الأشخاص ذوي العرق الإفريقي-الكاريببي.
- المواقع النموذجية للآفات الجلدية هي حول الأنف وخط الشعر.
- الساركويد مرض جهازى يمكن أن يؤثر على معظم أجزاء الجسم.

■ القصة السريرية:

تم إحالة امرأة بعمر 63 عاماً إلى طبيب الأمراض الكلوية لتقصي البوال، حيث تطور لدى المريضة وبشكل مفاجئ عطش شديد وبوال منذ 4 أسابيع، حيث تستيقظ خلال الليل حوالي 5 مرات من أجل التبول. شعرت المريضة على مدى 3 أشهر الماضية بتوعك عام ولاحظت ألماً في ظهرها وفقدت حوالي 3 كغ من وزنها خلال هذا الوقت، كما تعاني من صداع جبهي مستمر مرتبط بعثيان صباحي باكر، يتفاقم الصداع بالسعال والاستلقاء. خضعت المريضة قبل ثمانية سنوات لعملية استئصال ثدي أيسر مع معالجة شعاعية لسرطان الثدي، حالياً هي موظفة مدنية متقاعدة غير مدخنة وتشرب 10 وحدات من الكحول أسبوعياً، ولا تتناول أي دواء.

■ الفحص السريري:

المريضة نحيفة وعضلاتها ضامرة، نبضها 72 نبضة/دقيقة وضغط الدم لديها 84/120، الضغط الوريدي الوداجي غير مرتفع وأصوات القلب طبيعية ولا يوجد ذمات محيطية، فحص البطن والجهاز التنفسي والعصبي طبيعي. فحص قاع العين يبدي وذمة حلينية.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	12.2 g/dL	11.7-15.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	85 FL	80-99 FL	
White cell counts	$6.7 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$312 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Sodium	142 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Bicarbonate	26 mmol/L	24-30 mmol/L	
Urea	4.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	68 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Glucose	4.2 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L	
Albumin	38 g/L	35-50 g/L	
Calcium	2.75 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L	
Phosphate	1.2 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L	
Bilirubin	12 mmol/L	3-17 mmol/L	
Alanine transaminase	35 IU/L	5-35 IU/L	
Alkaline phosphatase	690 IU/L	30-300 IU/L	
Urinalysis: no protein; no blood			

■ الأسئلة:

- ما هو السبب المحتمل للبوال؟
- كيف يمكنك أن تستقصي وتعالج هذه المريضة؟

يعرف البوال على أنه نتاج بولي < 3 ليتر في اليوم لدى البالغين، ويجب تمييزه عن التبول الليلي المتكرر والمتواتر والذي يكون بشكل عام نتيجة أمراض البروستات أو المثانة.

تعاني هذه المريضة من فرط كالسيوم خفيف في الدم وليس مرتفعاً بما يكفي لتفسير العطاش الشديد والبوال لديها. من المرجح أن تكون المريضة مصابة بالبوال الناجم عن البيلة التفهية العصبية كنتيجة لنقائل ثانوية في الوطاء، ويقترح فرط كالسيوم الدم وارتفاع الفوسفاتاز الكلوية وجود نقائل عظمية ثانوية لسرطان الثدي. إن الصداع الذي بدأ مؤخراً مع ترافق مع الإقياء ويتفاقم بالسعال والاستلقاء يعتبر سمة من سمات ارتفاع الضغط داخل القحف والذي يؤكد وجود وذمة الحليمة. في بعض الأورام حول الغدة النخامية قد يكون هناك انضغاط للعصب البصري مما يسبب شذوذات في الحقل البصري. تعود البيلة التفهية عصبية المنشأ إلى الإفراز غير الملئ لل (AVP)، الهرمون المضاد لإدرار البول، وحوالي 30% من حالات البيلة التفهية العصبية المنشأ تكون مجهولة السبب. تتضمن الأسباب المتبقية كل من الأورام والإنتانات والالتهابات (الأورام الحبيبية) والأسباب الرضية (الجراحة العصبية، الأذية التباطؤية) والأسباب الوعائية (النزف الدماغي، الاحتشاء). عادة ما يصف المرضى الذين يعانون من البيلة التفهية مركزية المنشأ بداية مفاجئة للبوال والعطاش، والسبب أنه يمكن الحفاظ على تركيز البول بشكل جيد إلى حد ما حتى ينخفض إفراز الأرجينين فازوبريسين AVP من الوطاء إلى حوالي 10-15% من المعدل الطبيعي وفيما بعد تنخفض مستويات الأرجينين فازوبريسين AVP إلى معدل يزداد فيه النتاج البولي بشكل

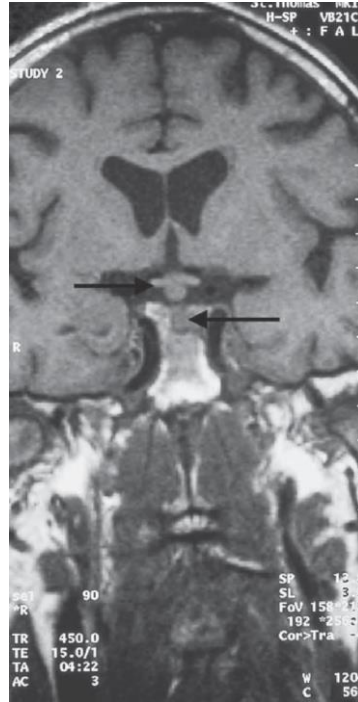
الأسباب الرئيسية للبوال والعطاش:

- إدرار البول الحلولي (مثل الداء السكري).
- الأمراض الكلوية التي تؤدي آليات تركيز البول (مثل القصور الكلوي المزمن).
- اضطرابات الشرب: عطاش نفسي المنشأ.
- مقاومة الكليتين لعمل AVP.
- البيلة التفهية كلوية المنشأ (الناجم عن عيوب وراثية في مستقبل AVP V2 أو مستقبل aquaporin-2).
- نقص بوتاسيوم الدم.
- فرط بوتاسيوم الدم.
- الأدوية (مثل الليثيوم والديميكولوسيكلين).

كبير.

ينبغي أن يُجرى لدى هذه المريضة اختبار الحرمان من الماء وقياس مستويات الصوديوم في البلازما وحجم البول وأوزمولية البول حتى يرتفع الصوديوم لأعلى من 146 ممول/ليتر أو وصول أوزمولية البول إلى الاستقرار ويفقد المريض 2% من وزن الجسم؛ عند هذه النقطة يتم قياس الأرجينين فازوبريسين وقياس الاستجابة للديسموبريسين تحت الجلد، فتشير الزيادة في أوزمولية البول لأكثر من 50% إلى البيلة التفهية مركزية المنشأ ولأقل من

10 % إلى البيلة التفهة كلوية المنشأ. يجب تصوير الوطاء بالرنين المغناطيسي وتصوير العظام بالأشعة السينية مع إجراء مسح عظمي لكشف النقائل (الصورة 58.1). يظهر التصوير بالرنين المغناطيسي عبر الغدة النخامية في الصورة 58.1 (صورة إكليلية بالزمن الأول T1) سماكة سويقة الغدة النخامية بسبب النقائل (السهم القصير) واستبدال جزئي لنقي العظم الطبيعي للجسم النقي بورم نقائلي (السهم الطويل). يتضمن علاج البيلة التفهة عصبية المنشأ حقن أنفية منتظمة من مادة DDAVP، وينبغي إحالة المريضة إلى طبيب الأورام لمعالجة السرطان المنتقل.



الصورة 58.1 التصوير بالرنين المغناطيسي عبر الغدة النخامية

نقاط مفتاحية



- الأسباب الأكثر شيوعاً للبول هي الداء السكري والقصور الكلوي المزمن.
- يجب تمييز البول الحقيقي عن التبول الليلي المتكرر والمتواتر والناجم عن أمراض السبيل البولي السفلي.
- قد ينكس سرطان الثدي بعد عدة سنوات من هدأة المرض.

■ القصة السريرية:

تمت إحالة رجل أعمال عمره 52 عاماً إلى طبيب الأمراض الكلوية لاستقصاء بيلة دموية مجهريّة تم اكتشافها لأول مرة منذ 6 أشهر في مركز التأمين الطبي لوظيفة جديدة، ومنذ ذلك الوقت تم تأكيدها لمرتين من قبل الطبيب العام. كان ضغط الدم لدى المريض مرتفعاً قليلاً بشكل مماثل لآخر فحص طبي أجري له، وكانت تحاليل البول طبيعية، لم يسبق أن حدث لديه بيلة دموية مجهريّة ولا يوجد لديه أعراض بولية، وفيما عدا ذلك فإن المريض بصحة ممتازة. لا يوجد لديه سوابق مرضية مهمة ولا يعاني من الصمم أو من أية اضطرابات بصرية ولا توجد قصة عائلية للإصابة بالأمراض الكلوية. يشرب المريض حوالي 35 وحدة كحول في الأسبوع ويدخن حوالي 30 سيجارة يومياً.

■ الفحص السريري:

يبدو المريض ذو مظهر لائق وذو تغذية جيدة، معدل نبضه حوالي 72 نبضة/دقيقة وضغطه الدموي 102/146 مم زئبقي. فحص الجهاز العصبي والجهاز القلبي الوعائي ضمن الطبيعي، ولكن يشير تنظير قاع العين لظاهرة التخصر الشرياني الوريدي.

■ الاستقصاءات:

Normal

Hemoglobin	13.6 g/dL	13.3-17.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	83 FL	80-99 FL
White cell counts	$4.2 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$213 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	3.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	8.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	141 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Albumin	38 g/L	35-50 g/L
Glucose	4.5 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Bilirubin	13 mmol/L	3-17 mmol/L
Alanine transaminase	33 IU/L	5-35 IU/L
Alkaline phosphatase	72 IU/L	30-300 IU/L
Gamma-glutamyl transpeptidase	211 IU/L	11-51 IU/L

Urinalysis: ++ protein; ++ blood; >100 red cells/24-

h urinary protein: 1.2 g; normal <200 mg/24 h

Electrocardiogram (ECG): left ventricular hypertrophy Renal

ultrasound: two normal-size kidneys

■ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية التي ستطلبها؟
- ما هي النصيحة التي قد تعطيتها للمريض؟

هنالك العديد من الأسباب البولية والكلىة للبيبة الدموية (مثل أمراض البروستات، الحصيات)، ولكن وجود بيلة بروتينية هامة وارتفاع ضغط وقصور كلوي عند هذا المريض يقترح وجود شكل من أشكال التهابات الكبد والكلىة المزمنة. يتوافق ارتفاع مستوى الغاما غلوتاميل ترانس ببتيداز مع أمراض الكبد المرتبطة بتناول كميات كبيرة من الكحول حيث إن الحد الأعلى الموصى به للرجال حوالي 28 وحدة أسبوعياً.

الأسباب الأكثر شيوعاً للبيبة الدموية المجهرية:

- اعتلال الكلىة بالغلوبولين المناعي (IgA).
- مرض الغشاء القاعدي الرقيق.
- متلازمة ألبرت (غالباً ما تصيب الذكور).

إن اعتلال الكلىة بالـ IgA هو التهاب كبيبات الكلىة الأكثر شيوعاً في البلدان المتقدمة ويتميز بوجود رواسب من IgA منتشرة في مسراق الكبيبات، غالباً ما يكون لدى المرضى بيلة دموية مجهرية نوبية مترافقة مع إنتان في السبيل البولي العلوي. معظم حالات اعتلال الكلىة بالـ IgA مجهولة السبب ولكنها ترتبط بشكل شائع مع فرغرية هينوخ-شونلاين وتشمع الكبد الكحولي. لدى المريض السابق اعتلال كلىة بالـ IgA مترافق مع الداء الكبدي الكحولي. إن حوالي 20% من مرضى اعتلال الكلىة بالـ IgA سيتطور لديهم قصور كلوي في المرحلة النهائية بعد 20 عاماً من المتابعة.

مرض الغشاء القاعدي الرقيق هو اضطراب عائلي يتظاهر ببيلة دموية مجهرية معزولة وبيلة بروتينية أصغرية ووظيفة كلوية طبيعية غير متدهورة. يظهر الفحص بالمجهر الإلكتروني ترقق منتشر بالأغشية القاعدية للكبيبات الكلىة (تبلغ الثخانة عادة 150-225 نانومتر مقابل 300-400 نانومتر عند الأشخاص الطبيعيين). تعتبر متلازمة ألبرت شكل متقدم من المرض الكبيبي المترافق بالصمم والنشوهات العينية وعادة ما تكون مورثة كحالة سائدة مرتبطة بالصبغي X، ولذلك يتأثر الذكور بشكل أكثر.

يجب أن يخضع هذا المريض لإجراء خزعة كلوية للوصول إلى التشخيص النسيجي، وبما أن عمر المريض يتجاوز 50 عاماً فيجب إجراء دراسة خلوية للبول وقياس للمستضد النوعي للبروستات وتنظير المثانة لاستبعاد آفات المثانة والبروستات. يحتاج المريض لإجراء تصوير بالأشعة فوق الصوتية للكبد ويجب أخذ الخزعة الكبدية بعين الاعتبار.

ينبغي أن ينصح المريض بالامتناع عن تناول الكحول، ويجب ضبط ضغط الدم لديه، ويحتاج أيضاً إلى متابعة منتظمة حيث أنه في خطر التطور نحو الحاجة للتحال الدموي أو زرع الكلىة. يبدو أن ارتفاع الكرياتينين معتدل من ناحية الأرقام الفعلية، وبما أن كرياتينين البلازما/المصل لا يبدأ بالارتفاع حتى ينخفض معدل الرشح الكبي إلى 50% من المعدل الطبيعي (بصرف النظر عن عمر المريض) فإن ارتفاع الكرياتينين في هذه الحالة يشير إلى انخفاض هام في وظيفة الكلىة لما يقارب 40% من الطبيعي. لا يوجد دليل مقنع بأن التنشيط المناعي يؤخر تطور الفشل الكلوي لدى غالبية المرضى الذين يعانون من اعتلال الكلىة بالـ IgA.

نقاط مفتاحية



- ينبغي إحالة المرضى الذي يعانون من بيلة دموية معزولة وأعمارهم أقل من 50 عاماً في البداية إلى طبيب الأمراض الكلوية.
- ينبغي إحالة المرضى الذين يعانون من بيلة دموية معزولة وأعمارهم تزيد عن 50 عاماً في البداية إلى طبيب المسالك البولية لاستبعاد أمراض المثانة أو البروستات.
- تشير الارتفاعات البسيطة في كرياتينين المصل/البلازما إلى خسارة هامة في وظيفة الكلية.
- قد يحدث تلف الكبد نتيجة تناول كميات كبيرة من الكحول بدون أعراض وعلامات واضحة.

■ القصة السريرية:

راجع رجل عمره 67 سنة طبيب الجراحة العامة بشكاية أنه فقد حوالي 10 كغ من وزنه خلال الأشهر الأربعة الماضية، وترافق نقص الوزن مع نقص شهية وإقياءات. كانت الإقياءات مليئة بالأطعمة يتناولها قبل عدة ساعات، ولاحظ المريض خلال الشهر الماضي بعض الضعف خصوصاً في ساقيه عند صعود السلالم والتلال.

يدخن المريض حوالي 20 سيجارة يومياً ويشرب حوالي 10 وحدات من الكحول أسبوعياً. لا يوجد قصة عائلية مهمة، وتتضمن سوابقه المرضية ارتفاعاً في ضغط الدم تمت معالجته بحاصرات بيتا لمدة عامين ثم توقف المريض عن تناول الدواء منذ 4 أشهر.

■ الفحص السريري:

يبدو المريض نحيفاً وبحالة غير جيدة، معدل النبض 82 نبضة/دقيقة وضغط الدم 86/148. لم يتم ملاحظة أية شذوذات عند فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي. لا توجد أية كتل مجسوسة في البطن ولا يوجد مضض، ولكن توجد علامة إيجابية في الشرسوف وتسمى: succussion splash (وهي صوت خشن في البطن يسمع بالسماعة أثناء حركة المريض السريعة المفاجئة، ويعكس وجود الغازات والسوائل في عضو مسدود).

		الاستقصاءات:
		Normal
Sodium	130 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	3.0 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Chloride	82 mmol/L	95-105 mmol/L
Bicarbonate	41 mmol/L	25-35 mmol/L
Urea	15.6 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	100 µmol/L	76-120 µmol/L
Calcium	2.38 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.16 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L
Alkaline phosphatase	128 IU/L	30-300 IU/L
Alanine aminotransferase	32 IU/L	5-35 IU/L
Gamma-glutamyl transpeptidase	38 IU/L	11-51 IU/L
Full blood count: normal		
Chest X-ray: clear		

☒ الأسئلة:

- ما هو التفسير المحتمل لهذه الموجودات؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

تفتتح الصورة السريرية وجود انسداد في مخرج المعدة، حيث يتوافق مع الإقياءات الطعامية التي تحدث بعد مرور بعض الوقت على تناول الطعام ومع علامة succussion splash الناجمة عن الطعام والسوائل المحتبسة في المعدة، وتتوافق النتائج المخبرية مع هذا التشخيص. يوجد ارتفاع في اليوريا بدون ارتفاع الكرياتينين مما يشير إلى وجود درجة من التجفاف. حدث ضياع لأيونات الصوديوم والكلوريد والهيدروجين مع المحتويات المعدية التي تم تقيئها.

تؤدي خسارة حمض كلور الماء لحدوث القلاء الاستقلابي، وخلال مرحلة المعاوضة يتم الاحتفاظ بأيونات الهيدروجين من خلال تبادل البوتاسيوم في الكلى وعبر الأغشية الخلوية، مما يؤدي إلى نقص بوتاسيوم الدم وتفكك حمض الكربونيك إلى أيونات الهيدروجين والبيكربونات. يشير نقص بوتاسيوم الدم إلى خسارة معتبرة في بوتاسيوم الجسم الكلي والذي يتواجد معظمه في العضلات الهيكلية وهذا ما يفسر الضعف الذي حدث مؤخراً لدى المريض.

السبب الأكثر احتمالاً هو سرطان المعدة الشامل لمنطقة البواب والمسبب لإعاقة الجريان. يمكن أن تسبب القرحة المعدية المزمنة نفس الصورة السريرية نتيجة التندبات المرتبطة بها وبالتالي فإن تنظيف المعدة والخزعة ضروريان لتأكيد التشخيص.

قد يكون تنظيف المعدة صعباً بسبب الطعام المحتبس في المعدة. في حالة هذا المريض بعد شطف المحتويات كان الورم مرئياً في البواب مسبباً انسداد شبه كامل لمرور الطعام. إن الخطوة التالية هي إجراء مسح للبطن بالتصوير الطبقي المحوري للبحث عن النقائل الكبدية ولكشف أي غزو موضعي للورم خارج المعدة. ينبغي أن يؤخذ فتح البطن واستئصال الورم بعين الاعتبار في حال عدم وجود دليل على غزو الورم أو انتشاره وبغية تخفيف الانسداد.

نقاط مفتاحية



- تشير الإقياءات الحاوية على الطعام الذي تم تناوله قبل فترة طويلة إلى انسداد مخرج المعدة.
- يميل التجفاف الخفيف إلى المعتدل لأن يرفع قيم اليوريا أكثر من الكرياتينين.
- تسبب الإقياءات طويلة الأمد صورة نموذجية للقلاء الاستقلابي ناقص الكلور.
- يمكن أن يتظاهر سرطان المعدة بألم بطني أو فقر دم.

■ **القصة السريرية:**

تم إحضار رجل عمره 52 عاماً بواسطة سيارة إسعاف إلى قسم الطوارئ، تروي زوجته ما حدث وتقول إنه خلال وقوفه في محطة للحافلات سقط على الأرض ولم تتمكن من إيقاظه، ويبدو أن تنفسه توقف لمدة 20 ثانية تقريباً، ثم حدث لديه بعد ذلك حركات ارتعاشية في ذراعيه وساقيه واستمرت حوالي دقيقتين، كما لاحظت زوجته أن وجهه أصبح مزرقاً وحدث سلس بولي لديه. بدأ المريض باستعادة وعيه بعد عدة دقائق وكان لا يزال يشعر بالنعاس والصداع، لم يشتكي المريض من أية أعراض قبل هذه النوبة، ولا سوابق مرضية مهمة لديه، يعمل سائق سيارة أجرة، يدخل 20 سيجارة باليوم ويستهلك حوالي ثلاثة كؤوس من البيرة كل ليلة.

■ **الفحص السريري:**

يبدو المريض بمظهر لائق وذو تغذية جيدة، ولا يوجد ترفع حروري، يوجد بعض النزف من لسانه. يبلغ معدل نبضه حوالي 84 نبضة/دقيقة وضغط الدم 84/136، فحص القلب والصدر والبطن طبيعي ولا يوجد صلابة تفرقة ولا توجد علامات عصبية بؤرية، تنظيف قاع العين طبيعي، درجته في الاختبار العقلي المصغر طبيعية.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	15.6 g/dL	13.3-17.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	85 FL	80-99 FL
White cell counts	$5.2 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$243 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	6.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	76 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	4.5 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Calcium	2.25 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.2 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L

☒ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص التفريقي لهذه النوبة؟
- كيف يمكنك فحص هذا المريض وتديبره؟
- ما هي الانعكاسات التي يفرضها هذا التشخيص على حياة المريض؟

تعرض هذا الرجل لنوبة اتسمت ببداية مفاجئة لفقد الوعي المترافق بتطور اختلاجات معممة؛ ينحصر التشخيص التفريقي الرئيسي بين النوبة الصرعية ونوبة الغشي (الإغماء). يعرف الغشي بأنه فقدان الوعي المفاجئ الناجم عن فشل مؤقت في الدورة الدموية الدماغية، ويمكن تمييز الغشي عن الاختلاج من خلال الظروف التي حدثت خلالها الحالة؛ على سبيل المثال، يحدث الغشي عادة أثناء الوقوف أو في حالات التوتر الشديد أو بالتزامن مع اضطرابات النظم القلبية، وفي بعض الأحيان يحدث اختلاج وسلس بولي. وبالتالي لا يعد أي منهما محدداً للنوبة الصرعية والمفتاح هو إثبات وجود أو عدم وجود الأعراض البادرية، حيث عادة ما تسبق نوب الغشي بأعراض مثل الدوخة وخفة الرأس (شعور بالدوار).

تتضمن المتلازمات العصبية الأخرى التي يجب استبعادها كل من الهجمات الإقفارية العابرة والشقيقة والسَّبَخ (النوم القهري) والاختلاجات الهستيرية. تتميز الهجمات الإقفارية العابرة بوجود علامات عصبية بؤرية وعدم فقدان الوعي إلا إذا تأثرت المنطقة القشرية القاعدية، أما الشقيقة تكون ذات بداية تدريجية ونادراً ما يحدث فقدان الوعي، وفي حالة السبخ (النوم القهري) قد تحدث نوبات من النوم لا يمكن السيطرة عليها مع غياب الحركات التنشجية وإمكانية إيقاظ المريض.

في حالة هذا الرجل، كانت زوجته قد شهدت النوبة وأعطت قصة مرضية واضحة للنوبة (المقوية-الرمعية) الكبرى. قد يكون هناك أعراض تحذيرية قبل فقدان الوعي، مثل الخوف أو الشعور غير الطبيعي لجزء ما في الجسم -غالباً الشرسوف-. تصبح العضلات متقلصة بشكل مقوي ويسقط الشخص على الأرض وقد يتم عض اللسان، وعادة ما يكون هناك سلس بول، ويتوقف التنفس ويصبح الجسم مزرقاً نتيجة تشنج عضلات الجهاز التنفسي. بعد هذا الطور المقوي والذي يمكن أن يستمر لمدة تصل إلى دقيقة تنتقل النوبة إلى الطور الرمعي أو الاختلاجي. بعد انتهاء التقلصات، يصاب المريض بالذهول الذي يخف مروراً بمرحلة من التخليط وصولاً إلى الوعي الطبيعي. عادة ما يكون هناك صداع بعد النوبة وآلام عضلية معممة.

عند البالغين، نادراً ما يبدأ الصرع مجهول السبب بعد عمر الـ 25 عاماً. يجب إجراء الاختبارات الدموية لاستبعاد الأسباب الاستقلابية مثل اليوريميا ونقص صوديوم الدم ونقص سكر الدم ونقص كلس الدم. يجب أن يتم أيضاً قياس مستويات الكحول ومستويات الغلوتاميل ترانسفيراز كمؤشر على إدمان الكحول. يُطلب إجراء التصوير الطبقي المحوري للدماغ لاستبعاد الأسباب البنيوية كالورم الدماغى أو الحوادث الوعائية الدماغية. ينبغي إحالة هذا الرجل إلى طبيب الأمراض العصبية لإجراء المزيد من الاستقصاءات بما فيها مخطط كهربائية الدماغ (EEG)، وهذا ضروري حيث أنه من المحتمل ألا يكون قادراً على الاستمرار بوظيفته كسائق تاكسي. إن العلاج بمضادات الاختلاج بمجرد حدوث نوبة واحدة فقط مختلف عليه أيضاً.

نقاط مفتاحية



- من الضروري الحصول على رواية شاهد عيان عن نوبة عصبية لوضع التشخيص.
- تعتبر البداية الحديثة للصرع نادرة عند البالغين، ولذلك ينبغي إجراء فحص كامل لاستبعاد السبب المستبطن.

■ القصة السريرية:

راجعت امرأة عمرها 85 عاماً طبيبها العام برفقة ابنتها، تقول ابنتها أن والدتها أصبحت كثيرة النسيان بشدة ونسيت الغاز مشتعلاً لمرتين، وتغادر المنزل ومن ثم لا تستطيع تذكر سبب مغادرتها حيث أنها سبق وأن فقدت وتمت إعادتها إلى منزلها من قبل الشرطة، وقد اعتادت المريضة المواظبة على شؤونها المالية، إلا أن ابنتها وجدت مؤخراً مجموعة من الفواتير غير المدفوعة. تعترف المريضة بأنها مشوشة قليلاً أثناء محاولتها لإضافة المبالغ، وتدهورت كتابتها وتبذل مجهوداً للتفكير في الكلمات الصحيحة. تقول الابنة بأن والدتها تستطيع تذكر أحداث من حياتها السابقة بشكل جيد ولكن ذاكرتها قصيرة المدى أصبحت أسوأ في السنة الأخيرة. لم يكن هناك أي تغيير في المزاج أو الشهية، ولا يوجد أهلاسات أو أوهام، ولم يكن لدى والدتها سوابق مرضية هامة ونادراً ما تحتاج لزيارة الأطباء.

■ الفحص السريري:

فحص الجهاز العصبي والجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي وفحص البطن طبيعي بشكل كامل، تنظير قاع العين طبيعي، مجموع درجات الاختبار العقلي المختصرة أقل من الطبيعي بشكل واضح (3 من 10).

! الاستبيان المصغر للحالة العقلية:

- ما اسم هذا المكان؟
- هل يمكنك تذكر هذا العنوان الذي سأعطيك إياه "West Street 42"؟
- كم الساعة؟
- ما هو هذا العام؟
- ما هي مهنتي؟
- كم عمرك؟
- متى يكون عيد ميلادك؟
- في أي عام بدأت الحرب العالمية الثانية وفي أي عام انتهت؟
- ما هو اسم الملك الحالي؟
- من هو رئيس الوزراء السابق؟

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- ما هي التشخيص التفريقية الرئيسية لهذه الحالة؟
- كيف يمكنك استقصاء هذه المريضة وتبديرها؟

يعتبر الاختبار العقلي المختصر بمثابة اختبار لتحري الاختلال المعرفي، وتشير درجة 3 من 10 إلى قصور شديد في الوظيفة المعرفية. أكد الاختبار العقلي المصغر (MMSE) المؤلف من ثلاثين نقطة وجود ضعف معرفي شديد؛ لذا فإن إن تشخيص المريضة هو عته مع تدني تدريجي في عدد من المجالات المعرفية المركزية العليا (اللغة، التوجه، الحساب، الذاكرة).

يجب تمييز العته عن الهذيان والاكتئاب. العته هو تراجع تدريجي في القدرة العقلية مما يؤثر على التفكير والسلوك والشخصية، أما في الهذيان يكون المرضى مشوشين بشدة وغير مباليين وغالباً ما يعانون من أهلاسات بصرية، عادة ما يكون الهذيان عكوس بمجرد معالجة السبب المستبطن (عادة ما يكون الإنتان أو التجفاف أو الأدوية أو الإمساك)، ويكون المرضى الذين يعانون من العته معرضون بشدة للإصابة بالهذيان. يمكن للاكتئاب أن يقلد العته (العته الكاذب)، حيث أنه من الممكن أن يسبب تأخر شديد في الوظيفة الحركية واللغوية والمعرفية. قد يحصل مرضى الاكتئاب على نتائج سيئة في اختبار الحالة العقلية المختصر إذا تم استعجالهم، يكون العته الناجم عن الاكتئاب عكوس بمضادات الاكتئاب.

إن العته هو متلازمة يمكن أن تسببها العديد من الأمراض. ويعتبر الزهايمر (AD) السبب الأكثر شيوعاً، يحدث تلف عصبي تدريجي في مرض الزهايمر نتيجة تراكم ببتيد بيتا النشواني مع تشكل لويحات نشوانية وتشابكات عصبية ليفية. السبب غير معروف وغالباً ما يبدأ مرض الزهايمر بنسابة بسيطة ثم تتقدم مع مرور الوقت بحيث يفقد المرضى الذاكرة قصيرة الأمد واللغة والتوجه وربما يحدث فقدان الذاكرة طويلة الأمد في وقت لاحق، مع عدم القدرة على تذكر أسماء الأقارب وأداء المهام اليومية. قد يهمل مرضى الزهايمر النظافة الشخصية أو النظام الغذائي أو تناول السوائل في المراحل المتقدمة من المرض. يبلغ متوسط الوقت للوفاة حوالي 7 سنوات من وضع التشخيص.

أسباب العته:

- مرض الزهايمر.
- العته متعدد الاحتشاءات.
- كجزء من الأمراض العصبية المتقدمة (مثل التصلب المتعدد).
- استسقاء الدماغ ذو الضغط الطبيعي: العته والرنح والسلس البولي.
- الزهري العصبي: شلل معمم عند المريض المعته.
- عوز فيتامين B12.
- الأورام داخل القحف: الأورام الدموية تحت الجافية.
- قصور الغدة الدرقية.
- عته الإيدز.

يجب أن تتضمن الاستقصاءات لدى هذه المريضة كلٍّ من تعداد الدم الكامل وسرعة تنفّل الكريات الحمر والبولة وشوارد المصل وكالسيوم المصل واختبارات وظائف الغدة الدرقية واختبارات وظائف الكبد واختبار مختبر أبحاث الأمراض التناسلية (VDRL) لمرض الزهري وأمصال فيروس نقص المناعة البشري HIV وحمض الفوليك وفيتامين B12، كما ينبغي أن تتضمن الاستقصاءات أيضاً التصوير الطبقي المحوري للرأس والذي عادةً ما يكون طبيعياً لدى مرضى الزهايمر وقد يظهر ضموراً دماغياً. قد تكون الاختبارات المعرفية العصبية التفصيلية مفيدة لتحديد سبب العته ويمكن استخدامها لكشف المرض في وقت مبكر.

تعتبر مثبتات الكولين إستراز الفموية (دونيبيزيل، ريفاستغمين، غالانتامين) فعالة بشكل خفيف في معالجة مرض الزهايمر، وربما تؤخر الحاجة إلى الرعاية التمريضية المنزلية. الميمانتيدين هو حاصر ن-ميثيل دي-أسبارتات فعال بمفرده أو بالتشارك مع مثبط الكولين إستيراز في حالات الزهايمر المعتدلة إلى الشديدة.

تتوفر مساعدة خاصة في المملكة المتحدة لأولئك الذين يقومون برعاية أقاربهم المصابين بالعتة، وتتضمن كل من المعالجة المهنية المجتمعية والمعالجة الطبيعية وفريق الطب النفسي المجتمعي وإجازة الرعاية والرعاية المؤقتة والرعاية النهارية أو نوادي الغداء ومواقف السيارات ذات الأولوية ومجموعات دعم مقدمي الرعاية. تقدم عيادات الذاكرة التخصصية نصائح صارمة بشأن المعالجة والدعم المتاح.

نقاط مفتاحية



- من المهم تمييز العته عن الهذيان والاكئاب.
- يعتبر مرض الزهايمر السبب الأشيع للعتة.
- ربما يكون من الممكن عكس أو إبطاء تقدم أنماط معينة من العته بواسطة علاجات نوعية.

■ القصة السريرية:

امرأة عمرها 35 عاماً لديها قصة طويلة من الإسهال المتقطع ولكنه لم يسبق أن كان سيئاً لدرجة طلب المساعدة الطبية كما الآن، فقد ساءت حالة المريضة خلال أسبوع واحد بحدوث نوب من الإسهال المدمى 10 مرات يومياً، وعانت أيضاً من آلام تشنجية أسفل البطن تستمر لمدة 1-2 ساعة وتخف بالتغوط بشكل جزئي، أصبحت المريضة خلال 2-3 الأيام الماضية واهنة بسبب الإسهال المستمر، كما أصبح بطنها أكثر إيلاًماً وانتفاخاً خلال 24 ساعة الماضية.

ليس لديها سوابق مرضية مهمة، وكانت امعاؤها طبيعية منذ حوالي سنة، ولا يوجد اضطراب في التبول أو الدورة الطمثية، وتذكر في قصتها العائلية بأن أحد عماتها ربما كانت تعاني من مشاكل معوية. لدى المريضة طفلين تبلغ أعمارهما 3 و8 سنوات وكلاهما بحالة جيدة، سافرت في إجازة إلى إسبانيا منذ حوالي 6 أشهر ولم تسافر لأي مكان آخر، تدخن 10 سجائر يومياً ونادراً ما تشرب الكحول، تناولت الأموكسيسيلين لمدة يومين بعد بدء الإسهال بدون أي تحسن أو تفاقم في حالة الأمعاء.

■ الفحص السريري:

يبلغ ضغط الدم 86/108 مم زئبقي ومعدل النبض حوالي 110 نبضة/دقيقة ومعدل التنفس 18 مرة/دقيقة. بطن المريضة متمدن إلى حد ما وممض بشكل عام وخصوصاً في الحفرة الحرقفية اليسرى، أصوات الأمعاء مسموعة بشكل خافت، تظهر الصورة الشعاعية البسيطة للبطن كولوناً متوسعاً بدون براز.

الاستقصاءات:

	Normal	
Hemoglobin	11.1 g/dL	11.7-15.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	79 FL	80-99 FL
White cell counts	$8.8 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$280 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	139 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	3.3 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	7.6 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	89 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$

☒ الأسئلة:

- ما هو تفسيرك لهذه النتائج؟
- ما هو التشخيص المحتمل، وماذا ينبغي أن يكون التدبير؟

يشير الإسهال الدموي 10 مرات يومياً إلى التهاب كولون فعال شديد. في غياب أي سفر خارجي في الفترة الأخيرة فمن المرجح أن تكون هذه عن نوبة حادة من التهاب الكولون القرصي على أرضية التطور المزمن. إن الكولون المتوسع يقترح تشخيص الكولون العرطل السمي الذي يمكن أن يتمزق ويؤدي إلى عواقب مميتة، وقد تكون الاستقصاءات كالتنظير السيني وتنظير الكولون خطيرة في هذه الحالة الحادة وينبغي تأجيله حتى حدوث تحسن معقول. تظهر نتائج الاختبارات الدموية فقر دم صغير الكريات خفيف الشدة مما يشير إلى فقدان دم مزمن، ويظهر أيضاً انخفاض البوتاسيوم نتيجة الإسهال (مما يفسر جزء من الوهن) وارتفاع اليوريا في حين أن الكرياتينين طبيعي ينجم هذا عن فقدان الماء والشوارد.

إذا تضمنت القصة المرضية أعراضاً حادة فقط فتكون الأسباب الانتانية للإسهال ذات احتمالية أعلى من بين التشخيص التفريقي، وفي جميع الأحوال ينبغي تقصي البيوض والطفيليات مع إجراء الزرع. تتميز اضطرابات الأمعاء الالتهابية بالحدوث العائلي، ولكن الحالة عند عمة المريضة هنا غير معروفة والعلاقة ليست قريبة بما يكفي للمساعدة في التشخيص. يرتبط التدخين ببدء كرون في حين أن التهاب الكولون القرصي أكثر شيوعاً عند غير المدخنين.

على الرغم من أن العلاج بالأموكسيسيلين قد يرتبط بالاضطرابات المعوية أو حتى بالإنتان بالمطثية الصعبة إلا أنه لا علاقة له في هذه الحالة حيث أن الإسهال كان موجوداً قبل تناول الأموكسيسيلين ولم يحدث تغيير بعد أخذه.

ينبغي علاج المريضة فوراً بالستيروئيدات القشرية وإعاضة السوائل الوريدية بما في ذلك البوتاسيوم. ينبغي الأخذ بعين الاعتبار فتح البطن واستئصال الكولون إذا كان حجمه يتزايد أو كان بقطر أكبر من 5.5 سم منذ البداية وذلك تجنباً لانتقابه؛ وإذا لم يكن كذلك فينبغي عندها الاستمرار في تناول الستيروئيدات حتى تختفي الأعراض ويصبح بالإمكان تنفيذ الإجراءات التشخيصية مثل تنظير الكولون والخزعة بأمان. يستخدم السلفاسلازين والميسالازين في المعالجة المحافظة المزمنة لالتهاب الكولون القرصي بعد زوال الهجمة الحادة.

في حالة هذه المريضة استمر تضخم الكولون رغم السوائل المعيضة والمعالجات المناسبة الأخرى واحتاجت المريضة لإجراء جراحة استئصال كولون كامل مع مفاغرة لفانفية مستقيمة؛ ثم أكدت الدراسة النسيجية تشخيص التهاب الكولون القرصي. ينبغي مراقبة المفاغرة لفانفية المستقيمة بشكل منتظم حيث توجد خطورة متزايدة للإصابة بسرطان المستقيم.

نقاط مفتاحية



- يشير الإسهال المدمى إلى أمراضية كولونية خطيرة.
- من المهم مراقبة توسع الكولون بحذر في حالات التهاب الكولون، ومن المهم إجراء الجراحة قبل حدوث التمزق.
- يمكن أن يسبب كل من داء كرون والتهاب الكولون القرحة صورة مشابهة لالتهاب الكولون الفعال.

■ القصة السريرية

تم إحضار سجين عمره 63 عامًا إلى قسم الإسعاف بسبب معاناته من خفقان غير مريح وسريع وبدأ منذ ساعتين أثناء وجوده في المستشفى لدى قسم الأمن، كان لديه نوب من الخفقان في الماضي. ليس لديه حاليًا ألم في الصدر أو زلة تنفسية.

لديه سوابق من تعاطي الكحول ويشرب 12 وحدة من البيرة يوميًا، يعاني من الداء السكري من النمط الثاني وارتفاع ضغط الدم والربو، ولا يلتزم دائمًا بأدويته التي تشمل ميتفورمين، جليكلازيد، رامبيريل، جهاز الاستنشاق بالجرعات المضبوطة من السالبوتامول والسالميتيرول مع جهاز الاستنشاق بالجرعات المضبوطة من فلوتيكازون.

■ الفحص السريري:

المريض واعى وتفوح منه رائحة الكحول، نبضه 185/دقيقة وغير منتظم، ضغط الدم 73/126 ملم زئبق، معدل التنفس 18/الدقيقة، النبض الوريدي الوداجي طبيعي، أصوات القلب والتنفس طبيعية بدون أي أصوات إضافية.



☒ الأسئلة:

- ماذا يظهر تخطيط القلب؟
- ما هو الإجراء المناسب لهذا المريض؟

يُظهر مخطط كهربية القلب الرجفان الأذيني (AF) والذي يتجلى في عدم انتظام دقات القلب بشكل غير منتظم مع عدم وجود موجات p واضحة ومركب QRS ضيق، تتوافق نوبات الخفقان السابقة مع الرجفان الأذيني النوبي. السبب الأكثر احتمالاً للرجفان الأذيني لدى هذا المريض هو مرض القلب الناتج عن ارتفاع ضغط الدم بالإضافة إلى أنه قد يكون الكحول محفزاً للرجفان الأذيني. وتشمل الأسباب الشائعة الأخرى الداء الشرياني الإكليلي وأمراض صمامات القلب، وعند المرضى الأصغر سناً يجب أن تؤخذ في الاعتبار تشوهات التوصيل مثل متلازمة وولف باركنسون وايت (WPW) وفي هذه المتلازمة قد تظهر موجة دلتا أو تكون فترة PR قصيرة على مخطط كهربية القلب أثناء وجود النظم الجيبي، يمكن أن يكون الرجفان الأذيني ثانوياً للصمة الرئوية وفرط نشاط الغدة الدرقية وأمراض الرئة المزمنة واضطرابات الشوارد. يجب أن تشمل الاستقصاءات قياس الشوارد واختبارات وظائف الغدة الدرقية وصورة شعاعية للصدر، وينبغي أخذ إيكو القلب في الاعتبار لدى هذا المريض، حيث أن أمراض القلب البنيوية شائعة لدى المرضى الأكبر سناً، وعند الشك بالداء الإكليلي يجب إجراء اختبار الإجهاد القلبي.

يمكن تصنيف الرجفان الأذيني على أنه AF مكتشف لأول مرة (النوبة الأولى)، أو AF الانتبائي (نوبتان أو أكثر من AF) أو AF مستمر؛ وغالباً ما يتطور الرجفان الأذيني الانتبائي إلى رجفان أذيني مستمر. عند المرضى الشباب الذين لا يعانون من أمراض قلب بنيوية كامنة يتم استخدام مصطلح "الرجفان الأذيني الوحيد".

غالباً ما يكون الرجفان الأذيني بدون أعراض، يتسبب في انخفاض النتاج القلبي مما قد يؤدي إلى انخفاض ضغط الدم وقصور القلب الحاد، أما الأعراض فتشمل الخفقان والدوخة وضيق التنفس وألم في الصدر، كما يزيد الرجفان الأذيني أيضاً من خطر الإصابة بالنسبة الدماغية، ويمكن أن تتشكل خثرة في زائدة الأذين الأيسر وعادة ما تسبب صمة في الشرايين الدماغية. في حالات نادرة يمكن أن نخر الخثرة الأذينية للأطراف أو الأعضاء الأخرى، وقد يسبب الرجفان الأذيني المستمر تغيرات بنيوية في عضلة القلب مما يؤدي إلى اعتلال عضلة القلب.

يجب أن يتضمن التدبير الحاد للرجفان الأذيني الإنعاش وضبط معدل ضربات القلب، قد تكون هناك حاجة إلى قلب نظم القلب DC على الفور إذا كان المريض يعاني من انخفاض ضغط الدم أو الوذمة الرئوية الحادة. يوصى باستخدام حاصرات بيتا للتحكم في معدل ضربات القلب لدى المستقرين هيموديناميكياً، وتشمل العوامل البديلة الفليكايينيد (إذا لم يكن هناك مرض قلبي اكليلي مستتبطن) أو حاصرات قنوات الكالسيوم (إذا كان هناك مضاد استطباب لحاصرات بيتا) أو الأميودارون أو الديجوكسين (مفيد إذا كان المريض يعاني من قصور القلب الخفيف)، ويجب أيضاً علاج أي سبب محرض للرجفان الأذيني مثل مرض نقص تروية القلب أو فرط نشاط الغدة الدرقية أو الصمة الرئوية.

يجب أن يتضمن التدبير طويل المدى تقييماً لمخاطر الانصمام الخثاري واتخاذ قرار بشأن ضبط النبض أو قلب النظم. يتم استخدام مقياس CHADS₂ (انظر الجدول 64.1) لحساب خطر الإصابة بالنسبة الدماغية المرتبطة بالرجفان الأذيني. يجب أن يتلقى المرضى

الحاصلون على درجة 1 أو أعلى علاجًا مضادًا لتخثر الدم على المدى الطويل باستخدام الوارفارين. يمكن استخدام مضادات التخثر الأحدث، مثل دابيجاتران كبديل للوارفارين، لأنه على عكس الوارفارين لن يتطلب مراقبة منتظمة لتخثر الدم. يجب على المرضى الذين لديهم مضادات استطباب لاستخدام مضادات التخثر أن يتلقوا علاجًا مضادًا لتجمع الصفائح مثل الأسبرين أو كلوبيدوجريل. يمكن أن يتم إعطاء المرضى الذين حصلوا على درجة CHADS-2 (0) علاج بمضاد للصفائح أو يمكن عدم إعطائهم شيئًا. يجب تقييم المرضى الذين يعانون من الرجفان الأذيني الانتيايبي لخطر الإصابة بالسكتة الدماغية بنفس الطريقة التي يتم بها تقييم المرضى الذين يعانون من الرجفان الأذيني المستمر.

جدول 64.1: CHADS-2 درجة خطر الإصابة بالنسبة الدماغية:

- قصور القلب الاحتقاني (+1)
- ارتفاع ضغط الدم (+1)
- العمر < 75 سنة (+1)
- الداء السكري (+1)
- النسبة الدماغية أو TIA السابقة (+2)
- النتيجة 0: 1.9% خطر الإصابة بالسكتة الدماغية سنويًا.
- النتيجة 1: 2.8% خطر الإصابة بالسكتة الدماغية سنويًا.
- النتيجة 2: 4.0% خطرًا سنويًا للإصابة بالسكتة الدماغية
- النتيجة 3: 5.9% خطرًا سنويًا للإصابة بالسكتة الدماغية.
- النتيجة 4: 8.5% خطر الإصابة بالسكتة الدماغية سنويًا.
- النتيجة 5: 12.5% خطر الإصابة بالسكتة الدماغية سنويًا.
- النتيجة: 18.5% خطر الإصابة بالسكتة الدماغية سنويًا.

(المصدر: Gage BF L، van Walraven C Pearce، وآخرون. اختيار المرضى الذين يعانون من الرجفان الأذيني لمنع تخثر الدم: التقسيم الطبقي لمخاطر السكتة الدماغية لدى المرضى الذين يتناولون الأسبرين.

PMID. 2287-92: (16) Circulation 2004;110:15477396

يعتمد قرار التحكم في النبض أو قلب النظم على عمر المريض وطول مدة الإصابة بالرجفان الأذيني ووجود الأعراض. لا يوجد فرق واضح في معدل الوفيات في معدل الوفيات بين استراتيجية التحكم في النبض أو استراتيجية قلب النظم، ويهدف ضبط النبض لإبقاء معدل ضربات القلب أقل من 100 نبضة في الدقيقة دون استعادة النظم الجيبي. بشكل عام يتم استخدام استراتيجية ضبط النبض عند المرضى الأكبر سنًا الذين يعانون من الرجفان الأذيني منذ فترة طويلة وعادةً لا تظهر عليهم أعراض، أما استراتيجية قلب النظم تهدف إلى استعادة النظم الجيبي والحفاظ عليه، ويتم استخدامها عند المرضى الأصغر سنًا الذين لديهم بداية حديثة للرجفان الأذيني ويعانون من الأعراض. يمكن استعادة النظم الجيبي باستخدام الأدوية (على سبيل المثال، الأميودارون، السوتالول، الفليكايينيد)، أو

الصدمة الكهربائية DC أو عن طريق الجراحة؛ حيث تشمل الجراحة استئصال العقدة الأذينية البطينية ومن ثم وضع ناظم، أو استئصال مدخل الوريد الرئوي.

في هذا المريض تم ضبط النبض باستخدام حاصرات قنوات الكالسيوم، حيث كان استخدام حاصرات بيتا مضاد استطباب بسبب الربو. على الرغم من أن درجته في CHADS-2 كانت (2) إلا أنه لم يُنصح باستخدام الوارفارين بسبب تاريخه في تعاطي الكحول وضعف الالتزام بالأدوية، لذا تم وصف الأسبرين لتقليل خطر الإصابة بالصدمات الخثرية، وتم وصف مثبط مضخة البروتون مع الأسبرين للوقاية من القرحة الهضمية الناجمة عن الأسبرين.

نقاط مفتاحية



- غالبا ما يكون الرجفان الأذيني بدون أعراض.
- الرجفان الأذيني هو عامل خطر للنسبة الدماغية، لذا يجب أن يتم منع التخثر عند المرضى المعرضين لخطر معتدل أو مرتفع للإصابة بالسكتة الدماغية (CHADS-2 النتيجة ≤ 1) ما لم يكن هناك مضاد استطباب.
- انخفاض ضغط الدم والوذمة الرئوية الحادة نتيجة للرجفان الأذيني هي استطبابات لاستخدام DC الإسعافي.

■ القصة السريرية:

أصيب شاب يتمتع بصحة جيدة ويبلغ من العمر 28 عامًا بالتهاب حاد في الحلق فاستشار طبيبه العام بشأنه، تم تشخيصه بالتهاب البلعوم الحاد وافترض أنه مصاب بالعقديات لذا تم وصف البنسلين الفموي، تحسن التهاب الحلق تدريجياً ولكن بعد 5 أيام لاحظ المريض طفح جلدي على ذراعيه وساقيه ووجهه وتقرح مؤلم في شفتيه وفمه، وسرعان ما ساءت هذه الأعراض وشعر بتوسع شديد وجاء إلى قسم الطوارئ. ليس لديه أي سوابق مرضية أو سوابق عائلية مهمة، كان يعاني من التهاب الحلق أحياناً في الماضي ويعالجه باستخدام أدوية الحلق من الصيدلي.

■ الفحص السريري:

بدا مريضاً وكانت درجة حرارته 39.2 درجة مئوية، توجد عقيدات حمامية طرية على ذراعيه وساقيه ووجهه وتقرحات مع بعض النخر في الشفتين والغشاء المخاطي الشدقي والبلعوم. أما بقية الفحص فكان طبيعياً.

الاستقصاءات:		
		Normal
Hemoglobin	13.8 g/dL	13.3-17.7 g/dL
White cell counts	$14.8 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$334 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Blood film: neutrophil leukocytosis		



☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- ما هو التدبير؟

الصورة 65.1: صورة الصدر البسيطة.

تم التشخيص على أنه فرط حساسية حاد للأدوية سبب متلازمة الحمامى المتعددة الأشكال (Stevens-Johnson)، والمؤشرات على هذا التشخيص هي البدء السريع والتوقيت المتعلق ببدء تناول البنسلين (حيث أن المضادات الحيوية هي المجموعة الأكثر شيوعاً من الأدوية المسببة لهذه المتلازمة) وشكل الآفات وتوزعها. صورة الأشعة السينية للصدر طبيعية.

التشخيص التفريقي للطفح الجلدي:

- انتشار العدوى بالعقديات (المفترضة) إلى النسيج الرخوة، وهذا أقل شيوعاً عند الشباب والأصحاء مقارنة بكبار السن، ويكون توزيعه منتشرًا بشكل مستمر وليس آفات منفصلة ويتم استبعاده عن طريق الزرع السلبية للآفات.
- يمكن أن يصاحب اللوكيميا الحادة أو قلة العدلات تقرح في الغشاء المخاطي وليس مثل هذه الآفات الجلدية، ويتم استبعاد هذه التشخيص من خلال تعداد الدم واللاخا الدموية.

يجب اعتبار أدوية أخرى غير البنسلين (مثل مسكنات ألم الحلق) سبباً، كان المريض قد تناول جرعات قليلة فقط من الباراسيتامول، مما يجعل البنسلين هو المرشح الأرجح.

التدبير:

يتكون من:

- إيقاف البنسلين واستبداله بمضاد حيوي بديل إذا لزم الأمر؛ وكانت الزرع سلبية في هذه الحالة في هذه المرحلة.
- إعطاء الستيرويدات لفترة قصيرة (على سبيل المثال 30 ملجم بريدنيزولون يومياً لمدة 5 أيام لتقليل الالتهاب).
- ملاحظة وجود انتان ثانوي في أماكن التقرح.
- توفير التسكين.
- تحذير المريض من تناول البنسلين أو الأدوية المرتبطة به مستقبلاً.
- تسجيل حساسية البنسلين بشكل واضح في ملاحظات الطبيب العام والمستشفى.

نقاط مفتاحية



- تعد القصة الدوائية جزءًا أساسيًا من قصة كل مريض.
- اعتبر الأدوية دائمًا سببًا للمضاعفات أثناء المرض.
- يجب تسجيل الحساسية الدوائية بشكل بارز في الملاحظات الطبية.

■ القصة السريرية:

قدم رجل عمره 37 عامًا إلى طبيبه العام بشكاية تعدد بيلات وعسر تبول وإفرازات من مجرى البول منذ 5 أيام. وفي 24 ساعة الماضية أصيب بتوعل وشعر بحمى وألم في الركبة اليمنى. يعمل في أحد البنوك الدولية ويسافر بشكل متكرر إلى آسيا وأستراليا، وعاد منها آخر مرة منذ أسبوعين. ليس هناك قصة عائلية أو قصة سابقة ذات صلة، ولا يتناول أي دواء.

■ الفحص السريري:

يبدو أنه ليس على ما يرام، درجة حرارته 38.1 درجة مئوية، معدل ضربات قلبه 90/دقيقة، ضغط الدم 82/124 ملم زئبق، فيما عدا ذلك فإن فحص القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي والبطن والجهاز العصبي طبيعي. ركبته اليمنى متورمة ومؤلمة قليلاً وهناك انصباب خفيف مع تحدد طفيف في الثني، لا يوجد طفح جلدي ولا إفات في الغشاء المخاطي للفم، لديه إفرازات بلون كريمي من الاحليل.

تظهر الأشعة السينية لركبته في الشكل 66.1.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	17.1 g/dL	13.3-17.7 g/dL
White cell counts	$16.9 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$222 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Blood film:	neutrophil leukocytosis	

☒ الأسئلة:

- كيف يمكنك استقصاء وتدبير هذا المريض؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟



الصورة 66.1: صورة بسيطة للركبة اليمنى.

يعاني المريض من مرض السيلان الحاد والتهاب المفاصل بالمكورات البنية. الأشعة السينية للركبة طبيعية. يتم التشخيص بالفحص المجهرى للمفرزات والذي يجب أن يظهر المكورات المزدوجة إيجابية الجرام، ويجب زرع مسحة من الاحليل. يجب وضع المسحة في وسط مناسب جديد على الفور وحفظها عند درجة حرارة 37 درجة مئوية حتى وصولها إلى المختبر. يستطب العلاج الفوري اعتماداً على الأعراض السريرية بالسبيروفلوكساسين؛ ويجب الاحتفاظ بالبنسلين لعلاج مرض السيلان المعروف بحساسيته للبنسلين لمنع تطور سلالات مقاومة. التهاب المفصل الالتهابي هو أحد مضاعفات مرض السيلان، والمضاعفات الالتهابية النقبيلية الأخرى هي الأفات الجلدية، ونادرًا التهاب الكبد والتهاب الشغاف الجرثومي والتهاب السحايا.

اعترف المريض عن قيامه بممارسة الجنس دون وقاية مع عاهرات في تايلاند وسنغافورة؛ ولم يمارس أي علاقة جنسية بعد عودته إلى المملكة المتحدة، لذلك لم تكن هناك حاجة إلى متابعة الموضوع. تمت إحالته إلى عيادة الأمراض المنقولة جنسياً (STD) للحصول على المشورة بشأن الاحتياطات والتحقيق في الأمراض الأخرى المنقولة جنسياً.

نقاط مفتاحية



- يجب أن يكون جميع الطلاب والأطباء واثقين من إمكانية الحصول على القصة الجنسية للمرضى.
- من المرجح أن تكون المعلومات الجنسية أكثر دقة عندما يشعر المريض بالثقة والتعاطف مع الشخص الذي يجري الاستجواب.
- يعد تتبع الاتصال عنصرًا مهمًا في إدارة الأمراض المنقولة جنسياً.

■ القصة السريرية:

قدمت امرأة عمرها 48 عامًا إلى طبيبها العام بقصة ألم ظهري في منطقة منتصف الصدر منذ مدة 3 أشهر، كان الألم مترددًا ويزداد سوءًا في الليل ويخف عند تناول دواء الإيبوبروفين الذي اشتدته بنفسها، لم يكن لديها أي أعراض أخرى ولا قصة عائلي أو سابقة ذات صلة. غير مدخنة ولكنها تشرب 10-12 وحدة من الكحول في معظم الأسابيع، عملت بدوام جزئي في ترتيب الرفوف في أحد المتاجر الكبرى، وكانت لاعبة تنس وكرة مضرب وهي نشطة للغاية وقادرة على المنافسة.

■ الفحص السريري:

بدت جيدة، أشارت إلى أن الألم كان فوق الفقرات T5/6، ولكن لم يكن هناك أي مضمض أو تورم أو تشوه، وحركات العمود الفقري طبيعية. كان ضغط الدم 76/136 ملم زئبق، فحص القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي والبطن طبيعي.

الاستقصاءات:

تم إجراء الأشعة السينية للعمود الفقري ولم تظهر أي خلل، وكان تعداد الدم الكامل واليورينا والكرياتينين والشوارد والكالسيوم والفوسفاتاز القلوي والفوسفات كلها طبيعية، وكذلك تحليل البول.

قيل لها أن الألم كان عضليًا هيكليًا بسبب الجهود في العمل والرياضة، ووصف لها ديكلوفيناك لعلاج الألم ونُصحت بالراحة من التنس وكرة المضرب. بعد أسابيع قليلة من التحسن بدأ الألم يزداد سوءًا، وأصبح أكثر حدة ويحدث لفترات أطول ويزعج نومها بشكل شديد؛ لذا عادت إلى طبيبها العام وكان الفحص كما كان من قبل باستثناء أن هناك الآن بعض الألم في وسط العمود الفقري الصدري؛ وقام الطبيب العام بإجراء أشعة سينية أخرى للعمود الفقري (الصورة 67.1).



☒ الأسئلة:

- ما هو المرض في الأشعة السينية؟
- ما هي الأسباب المحتملة؟

الشكل 67.1 الأشعة السينية الجانبية للعمود الفقري الصدري.

تظهر الأشعة السينية انهدام في الفقرة T6، وإذا لم يكن هناك ما يشير إلى هشاشة العظام أو المرض فإن السبب الأكثر شيوعاً لذلك هو ورم خبيث في العظم. إن الأورام التي تنتقل في أغلب الأحيان إلى العظام هي سرطان الرئة والبروستات والغدة الدرقية والكلية والثدي. كشف فحص ثدي المريضة (الذي لم يتم إجراؤه قبل نتيجة الأشعة السينية) عن وجود كتلة ثابتة يتراوح قطرها من 1 إلى 1.5 سم في ذيل الثدي الأيسر، وأكدت الخزعة العاجلة وجود سرطان، وتم إحالتها إلى طبيب الأورام لمزيد من العلاج.

الآفات الشائعة التي تؤثر على العمود الفقري القطني العجزي وعنق الرحم (مثل التهاب الأربطة والأنسجة الرخوة الأخرى وآفات الأقراص الفقرية) هي أقل شيوعاً في العمود الفقري الصدري، ويجب اعتبار النقائل العظمية سبباً للألم المستمر في العمود الفقري الصدري عند المرضى في سن مناسبة.

إن مراجعة الأشعة السينية الأولى بعد رؤية الآفة في الصورة الثانية لا تزال فاشلة في تحديد الآفة، مما يؤكد الحاجة إلى تكرار الاستقصاء إذا كان هناك شك سريري كافٍ بوجود خلل، حتى لو كان الاستقصاء السابق طبيعياً.

يجب أن يكون فحص الثدي لدى النساء جزءاً من الفحص الروتيني، خاصة بعد سن الأربعين، عندما يصبح سرطان الثدي شائعاً.

نقاط مفتاحية



- يجب أن يزيد الألم في الفقرات الصدرية من احتمالية حدوث نقائل عظمية لدى المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 40 عاماً.
- يعد تكرار الفحوصات الطبيعية أو السلبية سابقاً جزءاً مهماً من تدبير المريض عندما يظل التشخيص السريري غير مؤكد.

■ القصة السريرية:

راجع رجل عمره 59 عامًا طبيبه العام بسبب إحساسه بضيق تنفس الناتج عن الإجهاد، وقد لاحظ أنه في السنة الماضية يشعر بصعوبة تنفس متزايدة عند القيام بالأعمال المنزلية وصعود الدرج ويشعر أنه مرهق جدًا، لم يكن يعاني من ألم في الصدر أو سعال أو دوخة. ليس لديه سوابق مرضية مهمة في الماضي ولكن أخبره الطبيب منذ سنوات أن لديه نفخة قلبية. لا يتناول أي دواء، ولم يدخن قط.

■ الفحص السريري:

نبضه 85/دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 73/128 ملم زئبق، معدل التنفس 16 نفساً في الدقيقة. لديه انخفاض في حجم نبضة السباتي وهرير انقباضي في قاعدة القلب، ضربة القمة مشددة وغير مزاحة، صوت القلب الثاني ناعم وهناك نفخة قاذفة خشنة وسط الانقباض وأفضل ما تسمع في الورب الثاني الأيمن، تنتشر النفخة إلى الشرايين السباتية وتصبح أعلى صوتاً أثناء الزفير، أصوات التنفس طبيعية بدون أي أصوات إضافية، ليس لديه وذمة محيطية.

الاستقصاءات:

- تظهر الأشعة السينية للصدر ضخامة قلبية مع ساحتين رئويتين طبيعيتين.
- يُظهر مخطط كهربية القلب نظم جيبى وضخامة في البطين الأيسر.

☒ الأسئلة:

- ما هي النفخة؟
- كيف ينبغي تدبير هذا المريض؟

النفخة ناتجة عن تضيق الصمام الأبهري، حيث يؤدي إلى ظهور نفخة مسموعة في البؤرة الأبهريّة وتنتشر إلى الشرايين السباتية، صفاتها أنها انقباضية قاذفة أو من النمط الصاعد- الهابط. عادةً ما ترتفع أصوات النفخات في الجانب الأيسر مع الزفير، حيث تزيد الضغوط الإيجابية داخل الصدر من فرق الضغط عبر الصمام (النفخات في الجانب الأيسر أعلى مع الزفير، والنفخات في الجانب الأيمن أعلى مع الشهيق). يُظهر مخطط كهربية القلب تضخم البطين الأيسر؛ وهو أحد سمات تضيق الأبهري حيث يؤدي تضيق الصمام إلى إعاقة الجريان من البطين الأيسر فيحاول البطين الحفاظ على النتاج القلبي والتضخم استجابةً لزيادة تدرج الضغط عبر الصمامات الناتج عن تضيق الصمام؛ لذا قد يظهر تخطيط كهربية القلب والتصوير الشعاعي للصدر دليلاً على تضخم البطين الأيسر. تشمل أسباب تضيق الأبهري كون الصمام غير طبيعي خلقياً مع تكلس متراكب، أو تكلس الصمام الأبهري الطبيعي سابقاً، والداء الصمامي الرثوي.

يشير وجود الأعراض عادة إلى أن تضيق الأبهري شديد؛ وتشمل الأعراض الزلة الجهدية والتعب والدوخة وألم الصدر -إن ما يقرب من نصف المرضى الذين يعانون من تضيق الأبهري مع آلام في الصدر سيكون لديهم داء اكليلي أيضاً-، تشمل علامات تضيق الأبهري الشديد نبض الهضبة، والهريس في الأبهري، وطول وتأخر ذروة النفخة الانقباضية، وصوت القلب الرابع، والانقسام المتناقض للـ S2 ، وغياب A2 وعلامات قصور القلب. يجب إجراء ايكو قلب لتقييم شدة التضيق؛ حيث تشتمل ميزات تضيق الأبهري الشديد بالايكو كون مساحة الصمام أقل من 1 سم مربع (الطبيعي 3-4 سم مربع)، وسرعة النفث jet أكثر من 4 م/ث (الطبيعي >2.5 م/ثانية) ومتوسط مدروج الضغط عبر الصمام يتجاوز 40 ممز.

يميل تضيق الأبهري إلى الترقى بمرور الوقت ويجب مراقبة المرضى بانتظام بالايكو القلب اعتماداً على شدة التضيق، حيث يراقب كل 3 إلى 5 سنوات في التضيق الخفيف، و1 إلى 2 سنة في المتوسط، وسنوياً للمرض الشديد. لم يعد يُنصح باستخدام المضادات الحيوية قبل إجراء علاج الأسنان أو التدخل الجراحي للوقاية من التهاب الشغاف الجرثومي لمرضى تضيق الأبهري. يجب إحالة المرضى الذين يعانون من أعراض و/أو تضيق الأبهري الشديد إلى وحدة القلب والصدر لاستبدال الصمام الأبهري، وإذا لم يتم إجراء استبدال الصمام فإن متوسط العمر المتوقع عادة ما يكون 2-3 سنوات بعد ظهور الأعراض. خضع هذا المريض لعملية استبدال الصمام الأبهري وتخلص من الأعراض التي يعاني منها.

نقاط مفتاحية



- تطور الأعراض لدى المرضى الذين يعانون من تضيق الأبهري هو استطباب لاستبدال الصمام الأبهري.
- يتطور تضيق الأبهري بمرور الوقت ويجب مراقبة المرضى بالايكو القلب بانتظام.

■ القصة السريرية

استشارت امرأة امرأة عمرها 58 عامًا طبيبها العام بسبب معاناتها من متقطع في منتصف الشرسوف منذ شهرين، ليس للألم علاقة واضحة بتناول الطعام، ولا ينتشر لمنطقة أخرى. شهيتها طبيعية ولا تعاني من غثيان أو قيء أو نقص في الوزن، عادات التغوط طبيعية ولم تتغير. لا يوجد قصة عائلية أو سابقة ذات صلة، لم تدخن أبداً وتشرب الكحول نادراً جداً. عملت طوال حياتها كمعلمة في مدرسة للأطفال. كان الفحص البدني في هذا الوقت طبيعياً، وكان ضغط الدم 72/128 ملم زئبق، وأظهرت الفحوصات أن تعداد الدم الكامل طبيعي، واليورينا، والكرياتينين، والشوارد، واختبارات وظائف الكبد؛ كلها ضمن الطبيعي.

تم وصف مضاد H_2 ونصحت بمتابعة الطبيب إذا لم تتحسن. شعرت براحة طفيفة في البداية، ولكن بعد شهر واحد أصبح الألم أكثر تكراراً وشدة وبدأ ينتشر للخلف، ولاحظت أنه يخف بالانحناء إلى الأمام. وعلى الرغم من ترقى أعراضها ذهبت هي وزوجها في إجازة لمدة أسبوعين إلى الدول الاسكندنافية -حيث حجزوا لذلك قبل فترة طويلة- وفي الأسبوع الثاني لاحظ زوجها أن عينيها أصبحت صفراء قليلاً، وبعد أيام قليلة لاحظت أن بولها أصبح داكناً وبرازها شاحباً، وعند عودتها من العطلة تمت إحالتها إلى طبيب الهضمية.

■ الفحص السريري:

يرقان واضح في الصلبة، وخفيف في الجلد، لا ضخامة عقد لمفية، وكان ظهرها طبيعياً. وبالنسبة لفحص القلب والصدر والبطن مازال طبيعياً كالسابق.

الاستقصاءات:		
	Normal	
Hemoglobin	15.3 g/dL	11.7-15.7 g/dL
White cell counts	$6.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$280 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	140 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	6.5 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	111 μ mol/L	70-120 μ mol/L
Calcium	2.44 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.19 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L
Total bilirubin	97 mmol/L	3-17 mmol/L
Alkaline phosphatase	1007 IU/L	30-300 IU/L
Alanine aminotransferase	38 IU/L	5-35 IU/L
Gamma-glutamyl transpeptidase	499 IU/L	11-51 IU/L

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية التي ينبغي إجراؤها؟

تعاني المريضة من يرقان انسدادى كما هو واضح من قصة البول الداكن والبراز الشاحب واختبارات وظائف الكبد. وللألم الذي تعاني منه ميزتان نموذجيتان لسرطان البنكرياس: انتشار الألم للظهر وارتياح الألم بالانحناء للأمام؛ يمكن أن يكون التشخيص البديل هو حصيات المرارة ولكن الألم ليس نموذجياً لها.

كما هو الحال مع انسداد أي جزء من الجسم، فإن الهدف هو تحديد موقع الانسداد وسببه. كان الاستقصاء الأولي عبارة عن فحص بالموجات فوق الصوتية للبطن، والذي أظهر توسع الشجرة الصفراوية داخل الكبد، وتوسع القناة الصفراوية المشتركة والمرارة ولكن لا يوجد حصيات في المرارة. يبدو البنكرياس طبيعياً (لكن الإيكو لا يكون دائماً حساساً لهذا نظراً لعمق البنكرياس داخل الجسم).

تمت اجراء المزيد من الاستقصاءات حول هذه المنطقة عند مدخل القناة الصفراوية المشتركة في العفج ورأس البنكرياس حيث تم إجراء تصوير طبقي محوري وأظهر وجود ورم صغير في رأس البنكرياس يسبب انسداد القناة الصفراوية المشتركة ولا يوجد امتداد خارج البنكرياس، لم يلاحظ أي تضخم عقد لمفية في البطن، لم يتم رؤية أي نقائل كبدية في هذا الاستقصاء أو في الموجات فوق الصوتية. تشمل تقنيات التصوير البديلة تصوير البنكرياس والأقنية الصفراوية بالرنين المغناطيسى (MRCP)، والذي يُستخدم بدلاً من تصوير البنكرياس والأقنية الصفراوية بالمنظار بالطريق الراجع (ERCP) ما لم يتم النظر في مشاركة إجراء تداخلي مثل إزالة الحصيات أو إدخال شبكة.

خضعت المريضة لعملية استئصال البنكرياس الجزئي مع مفاغرة القناة البنكرياسية مع العفج وبدا اليرقان يتراجع بسرعة. المتابعة ضرورية ليس فقط للكشف عن أي نكس ولكن أيضاً لعلاج أي تطور محتمل للداء السكري.

نقاط مفتاحية



- يمكن لسرطان البنكرياس أن يظهر بأعراض غير نوعية في مراحله المبكرة.
- وهو سبب مهم لليرقان الانسدادي.
- المرضى الذين خضعوا لعملية إزالة جزئية للبنكرياس معرضون لخطر الإصابة بالداء السكري.

■ القصة السريرية:

كانت شابة عمرها 24 عامًا تحضر قداسها المعتاد في الكنيسة يوم الأحد، وأثناء غناء الترنيمة سقطت فجأة على الأرض دون أن تفقد الوعي، أخبرت المصلين الآخرين الذين هرعوا لمساعدتها أنها مصابة بشلل تام في ساقها اليسرى ولم تعد قادرة على الوقوف، تم نقلها بسيارة الإسعاف إلى قسم الطوارئ، ليس لديها أعراض عصبية أخرى وهي بصحة جيدة، ليس لديها أي سوابق مرضية أو عائلية مهمة ولا تتناول أي دواء، ولم تدخن أو تشرب الكحول مطلقًا. تعمل كمساعدة مبيعات في مكتبة، وكانت تعيش حتى وقت قريب في شقة مع شريك لمدة 3 سنوات حتى انفصلا قبل 4 أسابيع وعادت للعيش مع والديها.

■ الفحص السريري:

تبدو في حالة جيدة ولا تعاني من أي ضائقة، مما يسلط الضوء على حالتها مع الكادر. الشذوذ الوحيد الموجود هو في الجهاز العصبي؛ المريضة متوجهة بالكامل ودرجة الحالة العقلية طبيعية، الأعصاب القحفية والأعصاب في الأطراف العلوية والساق اليمنى طبيعية، الساق اليسرى ثابتة تمامًا أثناء الفحص ولا تستطيع تحريكها عند الطلب، المقوية طبيعية، ولا يمكن فحص التنسيق بسبب الشلل، كان الإحساس السطحي غائبًا تمامًا أسفل حافة الإلية اليسرى والفخذ الأيسر، مع انتقال واضح إلى الطبيعي فوقه في أعلى الساق اليسرى، والإحساس بالاهتزاز ووضع المفاصل غائب تمامًا في الساق اليسرى، وكان هناك انسحاب طبيعي للساق عند المنبهات المسببة للألم مثل التمسيد القوي للنعل وزيادة الضغط على وتر آشيل. المنعكسات السطحية والمنعكسات الوترية طبيعية والاستجابة الأخمصية بالانعطاف.

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- كيف ستدير هذه الحالة؟

تعاني هذه المريضة من الهستيريا والتي تسمى حديثاً بالاضطراب الانفصامي، الدلائل على ذلك هي مجموعة من العلامات:

- مجموعة غريبة من الأعراض العصبية والعلامات التي لا تتناسب مع توضع تشريحي عصبي (مثل استجابة المنعكسات والسحب بعد المنبهات على الرغم من الشلل).
- عدم اهتمام المريض، وهو ما يعرف بالمصطلح الفرنسي اللامبالاة la belle indifference.
- البدء يتعلق بحالة شدة (مثل فقدان شريكها).
- المكسب الثانوي: إخراج نفسها من منزل الوالدين، وهو تذكير مؤلم بانفصالها عن شريكها.

لا يعد أي من الأعراض التي تعاني منها مشخصاً لوحده ولكن اجتماعها نموذجي للمرض. في أي حالة من حالات الاضطراب الانفصامي يكون التشخيص بالنفي؛ وفي هذه الحالة يستبعد الفحص العصبي الأفات العضوية، ومن المهم أن ندرك أن هذا الاضطراب يختلف عن التمارض والمرض المفتعل لأن الحالة حقيقية بالنسبة للمرضى، ويجب ألا يتم إخبارهم أنهم يتظاهرون بالمرض أو يضيعون وقت الموظفين.

يجب على الطبيب أن يفسر العجز – في هذه الحالة بين رغبتها في تحريك ساقها وفشلها في الاستجابة – على أنه بسبب الإجهاد، وأنه لا يوجد مرض خطير كامن مثل التصلب المتعدد. يعد الموقف الإيجابي للغاية الذي ستتعافى من خلاله أمرًا ضروريًا، ومن المهم تعزيز ذلك من خلال العلاج الجسدي المناسب، وفي هذه الحالة العلاج النفسي.

في الحالات التي تكون فيها بداية الأعراض حديثة يكون الإنذار جيدًا، وقد تعافت هذه المريض تمامًا خلال 8 أيام.

يظهر الاضطراب الانفصامي في كثير من الأحيان مع أعراض عصبية، وأكثرها شيوعًا هي التشنجات والعمى والألم وفقدان الذاكرة، من الواضح أن بعض هذه الحالات تتطلب إجراء فحص عصبي كامل لاستبعاد الأمراض العضوية.

نقاط مفتاحية



- يظهر الاضطراب الانفصامي في كثير من الأحيان على شكل مرض عصبي.
- يجب أن يكون تشخيص الاضطراب الانفصامي بالنفي.

■ القصة السريرية:

أصيبت امرأة مسنة عمرها 72 سنة بإنتان في الصدر وتم علاجها من قبل طبيبها العام في المنزل باستخدام الدوكسيسيكليين، تعيش بمفردها ولكن تزورها إحدى بناتها (ممرضة متقاعدة) للاعتناء بها. لدى المريضة قصة للإصابة بالتهاب المفاصل الرثياني منذ فترة طويلة ولا يزال فعالاً، حيث تتناول 7 ملغ من بريدنيزولون يوميًا منذ 9 سنوات والباراسيتامول أحياناً لعلاج آلام المفاصل. لا يوجد أي سوابق مرضية أو عائلية أخرى، وعندما زارها الطبيب العام وجد أن ضغط دمها يبلغ 82/138 ملم زئبقي.

عانت منذ 5 أيام من الحمى وفقدان الشهية مع بقائها بالسرير، جعلتها ابنتها تشرب الكثير من السوائل كي تتحسن، وفي اليوم الخامس أصيبت بالنعاس وتزايدت صعوبة إيقاظها من قبل ابنتها، فاتصلت بالإسعاف لنقلها إلى قسم الطوارئ.

■ الفحص السريري:

تبدو صغيرة الحجم (يقدر وزنها بـ 50 كجم) ولكن لا يوجد دليل على فقدان الوزن مؤخرًا، درجة حرارتها 38.8 درجة مئوية، تشعر بالنعاس وتستجيب للأوامر ولكنها لا تجيب على الأسئلة البسيطة، هناك ضعف معمم في القوة العضلية، ولا توجد علامات عصبية بؤرية. معدل نبضها 118/دقيقة، وضغط الدم 68/104 ملم زئبقي، ولا يوجد ارتفاع في الضغط الوريدي الوداجي، لا يوجد تورم في الكاحل، يوجد خراخر ووزيز في قاعدة الرئتين، تبدو مفاصلها تبدو ملتهبة مع تشوهات طفيفة وهذا يتماشى مع التهاب المفاصل الرثياني لديها.

لاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	11.5 g/dL	11.7-15.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	86 FL	80-99 FL
White cell counts	$13.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$376 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	125 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.7 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	8.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	131 μ mol/L	70-120 μ mol/L
Glucose	4.8 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L

⊗ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- كيف تفسر هذه الاستقصاءات غير الطبيعية؟
- كيف يمكن تدبير هذه الحالة؟

التشخيص الأكثر احتمالاً هو نقص الألدوستيرونية الحاد الثانوي بسبب تثبيط المحور الوطائي_النخامي_الكَظري الناجم عن استخدام البريدنيزولون على المدى الطويل. هذه المشكلة شائعة عند من يتناولون الستيروئيدات لمدة طويلة وتحدث عندما تكون هناك حاجة لزيادة إنتاج الستيروئيدات السكرية وهو ما يظهر في حالات الإنتان أو الرضوض بما في ذلك الجراحة، أو عندما يعاني المريض من إقياء لفترة طويلة وبالتالي لا يستطيع تناول الستيروئيدات عن طريق الفم مما يؤدي إلى ظهور الوهن وانخفاض ضغط الدم.

إن نقص صوديوم الدم هو نتيجة أخرى للمرض المترابط؛ من المحتمل أن يكون ذلك بسبب اجتماع انخفاض تناول الصوديوم بسبب فقدان الشهية وبسبب زيادة حجم البلازما عن طريق تناول السوائل. في حالة نقص الألدوستيرون الثانوي يكون نظام الرينين-أنجيوتنسين-الألدوستيرون سليماً وبالتالي يجب أن يعمل على الاحتفاظ بالصوديوم؛ وهذا على النقيض من نقص الألدوستيرونية الأولي الحاد (أزمة أديسون) حيث يفشل إفراز القشرانيات المعدنية وكذلك إفراز الستيروئيدات السكرية مما يسبب نقص صوديوم الدم وفرط بوتاسيوم الدم. غالباً ما يُطلق على نقص الألدوستيرونية الثانوي الحاد بشكل خاطئ- اسم أزمة أديسون.

يجب أيضاً أخذ انتشار الإنتان بالاعتبار، حيث تكون مواقع الانتشار الرئيسية الدماغ (إما بالتهاب السحايا أو خراج دماغي) أو ينتشر الإنتان موضعياً ليسبب خراج رئوي أو انصباب جنب قيحي(ديبلية). تعاني المريضة من درجة من كبت المناعة بسبب عمرها وبسبب استخدام الستيروئيدات على المدى الطويل كما أن جرعة الستيروئيدات أعلى مما من المتوقع للوهلة الأولى، حيث أن وزن المريضة 50 كغ فقط وعادة ما يتم تحديد جرعات الدواء لذكر يبلغ وزنه 70 كغ، بما يعادل في هذه الحالة 10 ملغ من بريدنيزولون، أي زيادة بنسبة 40 في المائة عن جرعتها البالغة 7 ملغ.

العلاج هو الحقن التجريبي الفوري للهيديروكورتيزون والمحللول الملحي، استجابت المريضة وخلال 5 ساعات كان مستوى وعيها طبيعياً وارتفع ضغط دمها إلى 78/136 ملم زئبق. أظهرت الأشعة السينية للصدر كثافات ثنائية الجانب تتوافق مع ذات رئة، ولا يوجد أي خلل آخر.

نقاط مفتاحية



- نقص الألدوستيرونية الثانوي هو حالة طبية طارئة تتطلب علاجاً تجريبياً فوراً.
- عند الذين يتناولون الستيروئيدات السكرية على المدى الطويل يجب زيادة الجرعة عندما يكون لديهم أمراض حالية واستبدال الطريق الفموي بالطريق الجهازي في حال وجود إقياءات مستمرة.

■ القصة السريرية:

حضرت امرأة تبلغ من العمر 32 عامًا إلى قسم الطوارئ وهي تعاني من عدم ثبات في المشي منذ يومين، المشكلة أكثر وضوحاً في الليل، وتشعر أيضاً بعدم الاستقرار عند المشي بشكل عام وعند الدوران بسرعة. أصيبت بإنتان في الجهاز التنفسي العلوي قبل أسبوع أو نحو ذلك، ولكنها في حالة جيدة بشكل عام. تدخن 10 سجائر يومياً وتشرب حوالي 8-10 وحدات من الكحول أسبوعياً، لم تأخذ أي أدوية مهدئة، وهي متزوجة ولديها طفلان عمرهما 2 و6 سنوات. عند السؤال عن الأجهزة الأخرى، لا توجد مشاكل في الشهية، أو التغوط، أو التبول، أو الطمث، أو أي أعراض أخرى. عانت قبل عامين من نوبة ألم في العين اليمنى مترافقة مع عدم وضوح الرؤية، استمرت من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع ثم اختفت تلقائياً ولم تترك أي عقابيل بصرية. والدتها مصابة بالداء السكري من النمط الثاني.

■ الفحص السريري:

تبدو جيدة، في الفحص العصبي ظهرت رآرة عند النظر للجانب في كلتا العينين، هناك درجة خفيفة من عدم التناسق في اختبار الكعب ساق في الساق اليسرى، تبدو أيضاً غير مستقرة عند المشي على الكعبين وتميل إلى السقوط إلى اليسار. ضغط الدم 78/130 ملم زئبق، وجد في تنظير قاع العين شحوب في حليلة العصب البصري الأيمن.

		لاستقصاءات:
		Normal
Hemoglobin	14.5 g/dL	11.7-15.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	88 FL	80-99 FL
White cell counts	$8.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$335 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	137 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.3 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Glucose	7.1 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Urea	4.7 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	84 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية المناسبة لهذه الحالة؟

يشير عدم الثبات والرأرة وعدم التناسق إلى وجود مشكلة في المخيخ مسببة لاضطراب المشية. النتيجة المخبرية غير الطبيعية الوحيدة هي ارتفاع طفيف في مستوى سكر الدم؛ لديها قصة عائلية للداء السكري ويتطلب مستوى السكر عندها إجراء المزيد من الاختبارات، ولكن من غير المرجح أن يكون له علاقة بمشاكلها الحالية.

في السوابق المرضية كانت نوبة عدم وضوح الرؤية قبل عامين لها صفات نوبة التهاب العصب البصري، من المحتمل أن يكون الفحص في ذلك الوقت قد أظهر انتفاخاً ورياً بحليمة العصب البصري والتغيرات اللاحقة الآن هي الشحوب بحليمة العصب البصري وقد تُظهر الاختبارات التفصيلية باقي المشاكل البصرية. يترافق التهاب العصب البصري مع آفات أخرى مزيلة للنخاعين مترقية في حوالي 50% من الحالات (تشاهد عند النساء أكثر من الرجال).

يشير الجمع بين هاتين المشكلتين إلى وجود مشكلتين عصبيتين منفصلتين في المكان والزمان، في مواقع نموذجية لإزالة النخاعين، مما يشير إلى تشخيص أساسي محتمل هو التصلب اللويحي.

ينبغي إجراء المزيد من الاستقصاءات وذلك بالتصوير بالرنين المغناطيسي للبحث عن أدلة على زوال النخاعين البقي، حيث يكون غير طبيعي في أكثر من 90% من المرضى في حال الإصابة الدماغية وفي حوالي 75% في حال إصابة النخاع الشوكي. تظهر الودمة على الصور في الزمن T2 والضمور الدماغى ومناطق موت المحاور على الصور في الزمن T1. إذا تم إجراء بزل القطني، فيجب إرسال السائل الدماغى الشوكى للبحث عن الأشرطة قليلة النسيلة ومعايرة IgG داخل القراب، كما أنها تحتاج إلى تقييم بصري مفصل. الاستقصاءات الممكنة الأخرى هي اختبار الكمونات المثارة (البصرية أو الحسية الجسدية أو السمعية) والتي قد تظهر آفات تحت سريرية وتساعد في التشخيص من خلال اقتراح مناطق أخرى لإزالة النخاعين.

قد يساعد العلاج المناعي باستخدام الستيرويدات الوريدية أو الغلوبولين المناعي أو فصادة البلازما في الهجمة الأولية وفي التأثير على التطور المستقبلي للمرض. تساعد العوامل المعدلة للمرض مثل إنترفيرون بيتا في حالات نكس للتصلب اللويحي. بمجرد تأكيد التشخيص ستحتاج إلى مشورة دقيقة حول مسألة التقدم المستقبلي المحتمل للمرض، وقد تستفيد من الاتصال بجمعية مرضى التصلب اللويحي.

نقاط مفتاحية



- قد تكون نوبات التهاب العصب البصري أول مظاهر مرض التصلب اللويحي.
- التصوير بالرنين المغناطيسى هو تقنية التصوير الأمثل عند الشك بالتصلب اللويحي.

■ القصة السريرية:

تشتكي محاسبة عمرها 25 سنة من ضيق في التنفس وسعال وألم صدري، حدث الألم الصدري فجأة قبل 6 ساعات عندما كانت تمشي إلى العمل، وهو ألم حاد في الجانب الأيمن من الصدر يزداد سوءًا عند التنفس، ثم استقرت الحالة خلال الساعات القليلة التالية، ولكن لا يزال هناك ألم خفيف في الجانب الأيمن عند التنفس العميق. شعرت بضيق بسيط في التنفس خلال الساعة أو الساعتين بعد ظهور الألم، ولكنها الآن تشعر بالضيق فقط عند صعود الدرج أو المشي بسرعة. تعاني من سعال جاف طوال هذه الـ 6 ساعات. تدخن 15 سيجارة يوميًا وتشرب 10 وحدات من الكحول أسبوعيًا وتستخدم الماريجوانا في بعض الأحيان، لا تتناول أي دواء. قبل أربع سنوات حدث شيء مشابه جدًا؛ هي غير متأكدة ولكنها تعتقد أن الألم كان في الجانب الأيسر من الصدر في تلك المرة. لا يوجد قصة عائلية ذات صلة.

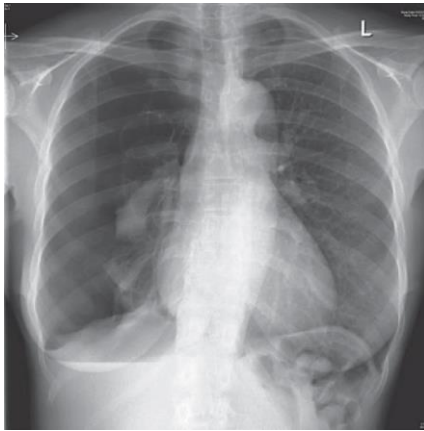
■ الفحص السريري:

ليست مضطربة أو مزرقة، معدل نبضها 88/دقيقة، وضغط الدم 78/128 ملم زئبق، معدل التنفس 20/دقيقة، أصوات القلب طبيعية، في افحص الصدر كانت الرغامى وصدمة القمة غير منزاحة والقرع وتمدد الصدر طبيعي، هناك انخفاض في الاهتزازات الصوتية للمسية، وخفوت أصوات تنفسية في الجانب الأيمن من الصدر، ولا توجد أصوات إضافية.

الاستقصاءات:



صورة شعاعية للصدر كما هو مبين في الصورة 173.



☒ الأسئلة:

- ماذا تظهر الأشعة السينية؟
- ما ينبغي القيام به الآن؟

الصورة 73.1: صورة بسيطة للصدر.

تُظهر الأشعة السينية للصدر ريح صدرية يمنى كبيرة الحجم، وهذا يقترح وجود أفة فقاعية في قمة الرئة اليمنى. عادة ما تكون الريح الصدرية مرئية على الصورة الشبهية العادية، لكن الصورة الزفيرية تساعد عندما يكون هناك شك. لا يوجد انزياح منصف عند الفحص أو في الأشعة السينية حيث أن انزياح المنصف بعكس جانب الريح الصدرية يوحي بوجود ريح صدرية ضاغطة. على الرغم من أن الأعراض ظهرت في البداية إلا أنها استقرت كما هو متوقع لدى مريضة سليمة ولا تعاني من مرض رئوي. تشير حافة الهواء التي يقل طولها عن 2 سم حول الرئة في الأشعة السينية إلى ريح صدرية معتدلة بسبب البنية ثلاثية الأبعاد للرئة داخل القفص الصدري الممثلة في الأشعة السينية ثنائية الأبعاد.

يشمل التشخيص التفريقي لألم الصدر لدى امرأة شابة: ذات رئة، التهاب جنب، الصمة الرئوية، والمشاكل العضلية الهيكلية. ومع ذلك فإن العلامات السريرية والأشعة السينية لا تترك أي شك حول تشخيص هذه المرأة. يعد استرواح الصدر أكثر شيوعاً عند الرجال النحيفين طوال القامة ولدى المدخنين وعند من يعانون من أمراض رئوية، ولا يتم طلب المزيد من الاستقصاءات مثل التصوير الطبقي المحوري ما لم يكن هناك ما يشير إلى وجود مرض رئوي أساسي.

هناك مؤشر بأنها ربما تعرضت لنوبة مماثلة في الماضي لكنها ربما كانت على الجانب الأيسر؛ حيث يوجد ميل لتكرار حدوث الريح الصدرية حوالي 20 في المائة بعد حدثها لمرة واحدة و50 في المائة بعد مرتين، ولهذا السبب ينبغي النظر في الإيثاق الجنبى بعد حالتي استرواح صدر أو عند الذين لديهم مهن مؤثرة، مثل الغواصين المحترفين أو الطيارين .

يتضمن التدبير المباشر بزل الريح عن طريق الحيز الوربي الثاني من الأمام باستخدام قنية قياس 16 أو أكثر وبطول 3 سم على الأقل. يمكن ترك الريح الصدرية الصغيرة غير المترافقة مع أعراض أو مرض رئوي أساسي ليتم ارتشافها تلقائياً ولكن ذلك بطيء جداً. يمكن سحب ما يصل إلى 2500 مل مرة واحدة وتتوقف إذا أصبح من الصعب البزل أو في حال سعال المريض بشكل مفرط. إذا لم ينجح البزل أو تكررت الريح الصدرية على الفور، فقد يجدر إجراء تفجير صدر تحت الماء أو بالصمام، وقد يستطب التداخل الجراحي في حال وجود صعوبات في هذه المرحلة أو بقاء تسريب هوائي مستمر. ويتقرر إجراؤه في وقت أبكر مما كان عليه من قبل وذلك منذ أن أصبح اعتماد التقنيات الأقل تدخلاً بمساعدة الفيديو واسع الانتشار. عند هذه المرأة، ترافقت هذه الفقاعة القمية بتسرب مستمر وتطلبت تدخلاً جراحياً من خلال جراحة قليلة الغزو بمساعدة الفيديو .

ينبغي تقديم الدعم للمريضة للتوقف عن التدخين لأن التدخين يزيد من خطر نكس الريح الصدرية، كما تم ذكر ارتباط الماريجوانا بمرض الرئة الفقاعي، ويجب نصح المريضة بتجنبه.

نقاط مفتاحية



- لا ينبغي السماح للمريضة بالسفر لمدة أسبوع على الأقل بعد زوال الريح الصدرية بتوسع الكامل للرئة (بعد أسبوعين من استرواح الصدر المؤلم).
- يمكن تقليل خطر النكس بالتوقف عن التدخين.

■ القصة السريرية:

يعيش رجل مسن عمره 79 عامًا في منزل رعاية سكني منذ 3 سنوات منذ وفاة زوجته، لأنه غير قادر على الاعتناء بنفسه في المنزل بسبب التهاب المفاصل التنكسي في الوركين مما يحد من حركته. بصرف النظر عن حركته المحدودة التي جعلته يقتصر على بضع خطوات في المنزل، ومزاجه العصبي إلى حد ما عندما لا يحصل على ما يريد، لم يكن لديه أي مشاكل في الرعاية السكنية.

أصبح التعامل معه أكثر صعوبة خلال الـ 36 ساعة الماضية حيث اتهم الموظفين بالاعتداء عليه وسرقة أمواله، وحاول مغادرة سريره وكرسيه مما أدى إلى سقوطه عدة مرات، وفي بعض الأوقات كان من الصعب فهم كلامه، عانى من سلس بولي خلال الـ 24 ساعة الماضية؛ عانى منه سابقًا مرة أو مرتين فقط خلال الأشهر الستة الماضية.

تم استدعاء الطبيب المناوب لفحصه فوجد أنه يشعر بالنعاس إلى حد ما وعندما استيقظ كان خائفًا وعدوانيًا لفظيًا، يعتقد أن هناك مؤامرة في الجناح وأن الموظفين يعقدون اجتماعات سرية ويخططون لإيذائه، وهو غير متوجه للمكان والزمان ومتردد في لإجابة على هذه الأسئلة.

هو غير مدخن ويشرب 1-2 وحدة في الشهر. في تحليل روتيني للدم قبل 8 سنوات تم تشخيص إصابته بقصور الغدة الدرقية، وكان دواء الثيروكسين 100 ملغ يوميًا هو الدواء الوحيد الذي يأخذه. يقول الموظفون إنه تناوله بانتظام حتى آخر 36 ساعة، وتظهر سجلاته أن وظيفة الغدة الدرقية لديه كانت طبيعية عندما تم فحصها قبل 6 أشهر.

يقول طاقم التمريض من الصعب جدًا تدبير هذه الحالة في منزل الرعاية السكني. ويشعرون أنه مصاب بالخرف وأن المنزل ليس المكان المناسب لمثل هؤلاء المرضى.

■ الفحص السريري:

لا يوجد شيء غير طبيعي باستثناء ضغط الدم الذي يبلغ 102/178 ملم زئبق وتحدد بحركة الورك، مع الألم والقليل من الانزعاج في الخاصرة اليمنى.



الاستقصاءات:

		Normal
Thyroxine	125 nmol/L	70-140 nmol/L
Thyroid-stimulating hormone	1.6 mU/L	0.3-6.0 mU/L
Blood glucose	6.2 mmol/L	4.0-6.0
mmol/L Urine dipstick:	- sugar, + protein, ++ blood	

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف ينبغي تدبير المريض؟

هذه هي صورة **للذهيان**، السمات الرئيسية الأربعة التي تميز الهذيان هي اضطراب الوعي، عدم وجود خرف واضح مسبقاً، التخليط الذهني الذي يتطور بشكل حاد (على مدى ساعات أو أيام) والميل للتبدل خلال اليوم، والدليل على سبب مؤهب مثل حالة طبية خطيرة أو تعاطي المخدرات أو آثار جانبية للأدوية.

بالمقابل فإن التغيرات المعرفية في داء الزهايمر مخاتلة ومرتقبة وتحدث على مدى فترة زمنية أطول بكثير.

الأسباب الشائعة للذهيان هي اضطرابات السوائل والشوارد، والإنتانات، والتسمم بالأدوية أو الكحول، وسحب الأدوية والكحول، والاضطرابات الاستقلابية (نقص سكر الدم، فرط كالسيوم الدم، قصور الكبد)، وحالات نقص التروية (الصدمة، قصور القلب) وحالات ما بعد الجراحة.

في هذه الحالة لا يوجد سوابق لأي أدوية باستثناء التيروكسين، على الرغم من أنه يجب إعادة تحري ذلك لاستبعاد أي مسكنات أو عوامل أخرى قد يكون حصل عليها أو قد لا تعتبر مهمة، ومن غير المرجح أن يكون مرض الغدة الدرقية ذو صلة لان عدم تناول المعالجة المعيزة لمدة يومين لن يكون له تأثير كبير والنتائج الطبيعية قبل 6 أشهر تجعل هذا سبباً غير محتمل لمشكلته الحالية، كما أن السكر طبيعي. السقوط المتكرر يشير لاحتمالية الإصابة بالرض، ومنه يمكن أن يؤدي ذلك إلى نزف دموي تحت الجافية بهذه الطريقة، ومع ذلك يبدو أن السقوط كان مشكلة ثانوية. إن السبب الأرجح هو إصابته بالتهاب في المسالك البولية؛ حيث يوجد دم وبروتين في البول وقد أصيب بسلس البول ولديه بعض الألم في الخصرة مما يتناسب مع التهاب كلية وحويضة. لم يتم إخبارنا ما إذا كان يعاني من الحمى، ويجب قياس تعداد الكريات البيضاء.

إذا كان هذا التشخيص المحتمل، فمن الأفضل علاجه في مكانه إذا كان آمناً وممكناً لأنه من المرجح أن يصبح عرضة للتخليط الذهني بشكل أكبر عند الانتقال إلى بيئة جديدة في المستشفى. الاحتمال كبير أن يعود إلى عافيته السابقة إذا تم تأكيد الإصابة بالتهاب المسالك البولية وعلاجها بشكل مناسب، وقد تستغرق الاستجابة في درجة الحرارة وتعداد الكريات البيضاء وقتاً أطول. يجب أن يبدأ العلاج على افتراض وجود انتان في المسالك البولية بينما يتم تأكيد التشخيص عن طريق الفحص المجهرى وزرع البول. المتعضية الأكثر احتمالاً هي الإشريكية الكولونية والصاد الحيوي مثل تريميثوبريم مناسب على الرغم من أن المقاومة ممكنة؛ قد تكون استشارة أخصائي الأحياء الدقيقة مفيدة. أما التخليط الذهني يجب معاملته بهدوء وثبات بشكل غير هجومي وإذا كان من الضروري استخدام أحد الأدوية فإن جرعات صغيرة من مضادات الذهان مثل هالوبيريدول أو أولانزابين ستكون مناسبة.

نقاط مفتاحية



- يجب إيجاد مفسر للتغيرات الحادة في الحالة العقلية حتى عند كبار السن الذين يعانون من مشاكل عقلية أساسية.
- في حالة الهذيان يكون الوعي غائماً ويكون التخليط الذهني أمراً معتاداً، وقد تتطور الأوهام، وهو ذو بداية حادة. أما الخرف فهو ضعف مكتسب في الذكاء والذاكرة والشخصية ولكن الوعي عادة ما يكون طبيعياً.

■ القصة السريرية:

تم إحضار شاب عمره 21 عامًا إلى المستشفى الساعة 5 مساءً حيث عثرت عليه صديقته فاقدًا للوعي في شقته، كانت قد رآته آخر مرة في الساعة الثامنة مساءً في الليلة الماضية عندما عادوا إلى المنزل بعد التسوق في عيد الميلاد، وعندما جاءت لرؤيته بعد ظهر اليوم التالي، وجدته فاقدًا للوعي على أرضية الحمام. كان بصحة جيدة سابقًا وليس لديه سوابق مرضية مهمة، لديه قصة عائلية للداء السكري لدى والده وأحد إخوته.

قالت صديقته أنه لم تظهر عليه أي علامات مزاجية غير اعتيادية في اليوم السابق، لديه امتحانات نهاية الفصل الدراسي في علم النفس بعد أسبوع وكان قلقًا بشأنها، لكن يبدو أن دراسته تسير على ما يرام، ولم تكن هناك مشاكل في امتحاناته السابقة. غير مدخن، يشرب حوالي 10 وحدات من الكحول معظم الأسابيع ويفرط في تناولها بعض الأحيان، تناول أقراص اكستازي المخدرة في الماضي لكنه لم يستخدم المخدرات الوريدي مطلقًا.

■ الفحص السريري:

يبدو شاحبًا، ولا توجد علامات للحقن الوريدي الحديث، معدل نبضه 92/دقيقة، وضغط الدم 74/114 ملم زئبق، ومعدل التنفس 22/دقيقة، لا موجودات غير طبيعية في الجهاز القلبي الوعائي أو التنفسي، في الفحص العصبي كان غير مستجيب للأوامر اللفظية لكنه يقوم بحركات سحب مناسبة استجابةً للمنبه الألمي، المنعكسات سريعة ومتناظرة، الأحمصي بالانعطاف، الحدقة متوسعة لكنها متفاعلة ضوئيًا، وبتنظير قعر العين ظهرت حليلة العصب البصري متوذمة.

⊠ الأسئلة:

- ما هي التشخيص التفريقية الأكثر احتمالاً؟
- ما هي الاستقصاءات الأخرى التي يجب القيام بها على الفور؟

لقد تم إحضار هذا الشاب فاقداً للوعي بعد أن كان بصحة جيدة قبل 24 ساعة على الأقل؛ إن التشخيص التفريقي الأكثر احتمالاً متعلقة بالأدوية أو بمشكلة عصبية. الجزء الأول من الرعاية يجب أن يتضمن التأكد من استقرار حالته من الناحية القلبية والتنفسية. معدل تنفسه مرتفع قليلاً فيجب قياس غازات الدم لمراقبة الأوكسجين والتأكد من أن مستوى ثاني أكسيد الكربون ليس مرتفعاً مما يشير إلى نقص تهوية.

تشير القصة العائلية للداء السكري تشير إلى احتمال أن تكون مشكلته مرتبطة بهذا الأمر. ومع ذلك فإن سرعة الحدوث تجعل سبات فرط سكر الدم غير محتملة، قد يتوقع المرء تطوراً أبطأ من ذلك مع وجود قصة سهاف وبوال خلال اليوم الأخير أو نحو ذلك. ومع ذلك يجب بالتأكيد قياس نسبة سكر الدم. يأتي نقص السكر الدم بشكل أسرع ولكنه لا يحدث كحدث جديد في الداء السكري ولكنه قد يحدث كمظهر من مظاهر حالة نادرة مثل الورم المفرز للأنسولين. يجب استقصاء الأسباب الاستقلابية الأخرى للسبات مثل المستويات غير الطبيعية للصوديوم أو الكالسيوم.

من الممكن حدوث مشكلة عصبية مثل النزف تحت العنكبوتي كحدث مفاجئ غير متوقع لدى الشباب، ولكن عندما يتأثر مستوى الوعي إلى هذا الحد يكون من المتوقع ظهور بعض العلامات البؤرية أو وجود نزف تحت الجسم الزجاجي في تنظير قاع العين. إذا لم يتم تحديد سبب آخر واضح بالاستقصاءات الأولية، يوصى بإجراء التصوير الطبقي المحوري.

السبب الأكثر ترجيحاً هو أن فقدان الوعي مرتبط بالأدوية. على الرغم من عدم وجود أي تحذير مسبق عن النوايا، فإن تناول جرعة زائدة من الأدوية أمر شائع، ويجب اكتشاف ذلك. من المحتمل أن يكون دواءً مهدئاً، وعند الشك في ذلك يجب قياس مستويات الأدوية التي قد تحتاج إلى علاج (مثل الأسبرين والباراسيتامول).

الاحتمال الآخر أن يكون الشخص فاقداً للوعي بسبب التسمم بأول أكسيد الكربون. في الحقيقة إن الشتاء قد حل وعثر على المريض في الحمام حيث قد يوجد سخان غاز غير محكم يزيد من هذا الاحتمال، ويكون المرضى الذين يعانون من التسمم بأول أكسيد الكربون يكونون شاحبين بدلاً من اللون الأحمر الكرز التقليدي المرتبط بالكربوكسي هيموغلوبين. يمكن أن تحدث الوذمة الحليمية في حالات التسمم الشديد بأول أكسيد الكربون وبالتالي قد تكون مسؤولة عن المظهر المتورم للقرص البصري عند تنظير قعر العين.

أظهر قياس الكربوكسي هيموغلوبين مستوى 32 بالمائة، وتمت معالجة المريض بمستويات عالية من الأوكسجين وتعافى ببطء وبشكل كامل خلال الـ 48 ساعة التالية. يعتبر المانيتول للوذمة الدماغية والأوكسجين عالي الضغط من الأمور المعتمدة في التدبير. المشكلة تعود إلى وجود خلل في سخان المياه بالغاز الذي لم تتم صيانته منذ 4 سنوات.

نقاط مفتاحية



- الجرعة الزائدة من الأدوية هي السبب الأكثر شيوعًا لفقدان الوعي لدى الشباب، ولكن يجب دائمًا أخذ التشخيص الأخرى في الاعتبار.
- ينبغي قياس مستويات الكربوكسي هيموغلوبين لدى المرضى الذين وجدوا فاقدين للوعي في داخل بيت أو في المركبات وبعد تعرضهم للدخان.
- في حالة التسمم بأول أكسيد الكربون، قد يكون هناك نقص ملحوظ في الأكسجة مع غياب الزرقة.

■ القصة السريرية:

حضر شاب عمره 24 عامًا إلى قسم الإسعاف يشكو من صداع شديد بدأ قبل 24 ساعة وسرعان ما أصبح أكثر حدة، يصف الصداع بأنه معمم في رأسه وتقيأ مرتين ويبدو أنه يعاني من النعاس والارتباك، ولا يرتاح للأضواء الساطعة. لا يوجد سوابق مرضية أو قصة تحسسية، يدخن 10 سجائر يوميًا ويشرب 24 وحدة من الكحول أسبوعيًا، لا يتناول أي دواء حاليًا. هو طالب دراسات عليا ليحصل على درجة الماجستير في علم النفس. يعيش مع شريكته ولديهما طفلان عمرهما 3 و4 سنوات.

■ الفحص السريري:

يبدو متوهجًا وبحالة غير جيدة، درجة حرارته 39.2 درجة مئوية، لديه صلابة عند ثني رقبته، لا يوجد طفح جلدي، جيوبه الأنفية غير مؤلمة، غشاء الطبل لديه طبيعي. معدل نبضه 120/دقيقة، وضغط الدم 74/98 ملم زئبقي، فحص القلب والصدر والبطن طبيعي. يوجد انخفاض بمستوى الوعي لكنه قادر على الاستجابة للأوامر؛ لا توجد علامات عصبية بؤرية، قعر العين طبيعي.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	13.9 g/dL	13.7-17.7 g/dL
White cell counts	$17.4 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$322 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	131 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	10.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	176 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	5.4 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Blood cultures	results awaited	
Chest X-ray: normal		
Electrocardiogram (ECG): sinus tachycardia		
Computed tomography (CT) of brain: normal		
Lumbar puncture	Turbid cerebrospinal fluid (CSF)	
Leucocytes	>8000/mL	<5/mL
CSF protein	1.4 g/L	<0.4 g/L
CSF glucose	0.8 mmol/L	>70 per cent
Gram stain: result awaited		Plasma glucose

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- ما هي التشخيص التفريقية الرئيسية؟
- كيف ستقوم بتدبير هذا المريض؟

هذا المريض مصاب بالتهاب السحايا الجرثومي، حيث أنه عانى من بداية مفاجئة لصداع شديد مع إقياء وتخليط ذهني ورهاب للضوء وصلابة عنق، ويشير وجود انخفاض ضغط الدم وارتفاع الكريات البيضاء والقصور الكلوي إلى إصابة جرثومية حادة أكثر من الفيروسية. الجراثيم المسببة الأكثر احتمالاً هي النيسيرية السحائية، المستدمية النزلية والمكورات العقدية الرئوية، وعند المرضى في هذه الفئة العمرية فإن العضيات الأكثر احتمالاً هي المكورات العقدية الرئوية أو النيسيرية السحائية، وعادة ما يترافق التهاب السحايا بالمكورات السحائية (*Neisseria meningitidis*) بطفح جلدي وعائي معمم .

تحدثت أشد حالات الصداع في التهاب السحايا والنزف تحت العنكبوتي والشقيقة الكلاسيكية، يتظاهر التهاب السحايا والنزف تحت العنكبوتي بنوبة واحدة من الصداع، ولكن التهاب السحايا عادة ما يتظاهر خلال ساعات، في حين أن النزف تحت العنكبوتي يتظاهر فجأة ويظهر نزيفاً تحت الجسم الزجاجي في تنظير قعر العين. يمكن ملاحظة الارتكاس السحائي في العديد من حالات الحمى الحادة وخاصة عند الأطفال، وقد تسبب الانتانات الموضعية في الرقبة / العمود الفقري صلابة عنق. تشمل أنواع التهاب السحايا الأخرى التهاب السحايا الفيروسي والفطري والمستخفيات و التهاب السحايا السلي، والتي يمكن تمييزها عن طريق تحليل السائل الدماغي الشوكي.

عند الاشتباه بالتهاب السحايا، يجب البدء بالعلاج بالصادات الحيوية حتى قبل تأكيد التشخيص، ففي حال عدم وجود قصة تحسس للبنسلين يكون العلاج الأكثر شيوعاً هو سيفترياكسون أو سيفتاكسيم عن طريق الوريد.

عند المرضى الذين لا توجد لديهم وذمة حليلة أو علامات عصبية بؤرية تشير لأفة شاغلة لحيز فيجب إجراء بزل قطني على الفور (حتى قبل إجراء التصوير الطبقي) ، أما في حال وجود علامات عصبية بؤرية فمن الضروري إجراء التصوير المقطعي CT أولاً لتجنب خطر الانفتاق الذي قد يحدث عند البزل القطني مع وجود ارتفاع ضغط داخل القحف.

إن الجمع بين وجود أكثر من 1000 كرية معتدلة/مل في السائل الدماغي الشوكي، سكر السائل الدماغي الشوكي أقل من 40% من سكر الدم في ذات الوقت، وبروتين السائل الدماغي الشوكي 1.4 غ/ل، يشير بقوة إلى وجود التهاب السحايا الجرثومي، وتعطي صبغة غرام وزرعها التشخيص النهائي. في هذه الحالة، أظهرت صبغة غرام مكورات إيجابية الغرام تتوافق مع إصابة بالمكورات العقدية الرئوية ويجب البدء فوراً بأخذ الصادات الحيوية الوريدية. يجب رعاية المريض بطريقة مناسبة بسبب مستوى الوعي المنخفض، وينبغي إعطاء تسكين مناسب بالمواد الأفيونية. يعاني المريض من نقص خفيف بصوديوم الدم بسبب متلازمة الإفراز غير الملائم للهرمون المضاد لإدرار البول (ADH) ، ويجب علاج فقدان السوائل بمحلول ملحي نظامي، وقد تكون هناك حاجة إلى دواعم العضلة القلبية لعلاج انخفاض ضغط الدم .

يجب رعاية الطفلين الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و4 سنوات (ليس من الواضح من القصة وجود من يعتني بهم)، ويجب فحصهم وإذا كان هناك اشتباه بالتهاب السحايا بالمكورات السحائية أو كان الكائن الحي غير محدد، فيجب إعطاؤهم علاجاً وقائياً بالريفامبيسين وتلقيحهم ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية.

نقاط مفتاحية



- يسبب التهاب السحايا الجرثومي صداعاً شديداً، وصلابة نقرة، ونعاس، وإرهاق ورهاب للضوء.
- التشخيص التفريقي الرئيسي هو النزف تحت العنكبوتي والشقيقة.
- عند الاشتباه بقوة بالتهاب السحايا الجرثومي، يجب البدء العلاج بالصادات الحيوية قبل التأكد من الدراسة الجرثومية.

■ القصة السريرية:

تشكو امرأة مسنة عمرها 70 عاما من آلام في الجزء العلوي من البطن تزايدت خلال الأيام الثلاثة الماضية، كان الألم معمما في الجزء العلوي من البطن ويصبح أحيانا بشكل هجمات شديدة، تقيأت المريضة ثلاث مرات خلال 24 ساعة الماضية. وفي مناسبتين أو ثلاث خلال السنوات الخمس الماضية عانت من ألم شديد في الجزء العلوي الأيمن من البطن ترافق هذا أحيانا بشعورها كما لو أنها مصابة بالحمى، وتم علاجها بالصادات الجبوية في إحدى المرات. شهيتها جيدة بشكل عام، لكنها توقفت عن تناول طعامها خلال الأسبوع الماضي، ولم تفقد أي وزن، لا يوجد أي مشاكل في المسالك البولية أو الأمعاء، لكنها تقول إن بولها كان أغمق من المعتاد لبضعة أيام وتعتقد أن المشكلة قد تكون انتان في الجهاز البولي.

في سوابقها المرضية كانت تعاني من قصور درق وتتناول دواء التيروكسين المعيبض وتجري تحاليل سنوية للتأكد من الجرعة؛ التحليل الأخير كان قبل 3 أشهر. كما أنها عانت من بعض نوب الألم الصدري أثناء ممارسة التمارين الرياضية مرة أو مرتين في الأسبوع لمدة 6 أشهر وتم إعطاؤها أتينولول 50 ملغ يوميًا وثلاثي نترات الغليسيريل بخاخ لاستخدامه تحت اللسان عند الحاجة.

■ الفحص السريري:

الصلبية صفراء، النبض 56/دقيقة ومنتظم، الضغط 80/122 ملمز، لا موجودات غير طبيعية بفحص القلب أو التنفس. تشعر بمضض في الجزء العلوي الأيمن للبطن، ويوجد ألم عند جس الكبد أثناء الشهيق، لا كتل مجسوسة في البطن، فحص الغدة الدرقية سليم.

		الاستقصاءات:
		Normal
Sodium	139 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.1 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	6.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	110 µmol/L	70-120 µmol/L
Calcium	2.44 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.19 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L
Total bilirubin	83 mmol/L	3-17 mmol/L
Alkaline phosphatase	840 IU/L	30-300 IU/L
Alanine aminotransferase	57 IU/L	5-35 IU/L
Gamma-glutamyl transpeptidase	434 IU/L	11-51 IU/L
Thyroid-stimulating hormone	2.3 mU/L	0.3-6.0 mU/L

☒ الأسئلة:

- كيف تفسر هذه النتائج؟
- ما هو التدبير المناسب؟

تعاني هذه المرأة منذ 5 سنوات من آلام متقطعة في الجزء العلوي من البطن، واستمر الألم الحالي لفترة أطول من النوبات السابقة وعند الفحص تبين إصابتها باليرقان. الألم الشديد عند الشهيق أثناء الجس في الربع العلوي الأيمن هو علامة مورفي الايجابية في التهاب المرارة. من المرجح أن بطء القلب النسبي مع وجود المرض الحاد مرتبط بالعلاج بحاصرات بيتا (أتينولول) بدلاً من قصور الغدة الدرقية أو أي مشكلة أخرى، يتناسب البول الداكن يتناسب مع زيادة البيليروبين المقترن بسبب الانسداد؛ البيليروبين المقترن قابل للذوبان في الماء ويطرح مع البول ولا يدخل إلى الأمعاء، وبالتالي نتوقع أن البراز شاحب.

أظهرت الاستقصاءات ارتفاع البيليروبين. وارتفاع أنزيم ناقل أمين الألانين قليلاً، لكن الشذوذ الرئيسي في أنزيمات الكبد هي القيم العالية للفوسفاتاز القلوية وناقل الببتيداز غاما غلوتاميل مما يشير إلى يرقان انسدادى؛ والذي قد يحدث بسبب انسداد ميكانيكي بسبب ورم أو حصيات مرارية أو بسبب الأثار الجانبية لبعض الأدوية (مثل الفينوتيازينات والفلوكلوكساسيلين). الأدوية التي تتناولها المريضة لا تعد سبباً للاضطراب الكبدي.

من المرجح أن تكون نوب الألم والحمى السابقة خلال السنوات الخمس الماضية هي التهاب المرارة الثانوي الناتج عن حصيات مرارية. إذا كانت المرارة مجسوسة عند الفحص، فإن هذا يشير إلى تشخيص بديل هو الانسداد الخبيث الذي يؤدي إلى هذه النوب السابقة من التهاب المرارة التي عادة ما تسبب تندب وتقلص المرارة. كي يحدث اليرقان الانسدادي يجب أن تكون واحدة أو أكثر من حصيات المرارة قد خرجت من المرارة وأغلقت القناة الصفراوية المشتركة؛ تحدث هجرة الحصيات المرارية من المرارة في حوالي 15% من الحالات.

يبدو أن حالة الغدة الدرقية لدى المريضة مستقرة ولا علاقة لها بالمشكلة الحالية. يشير خناق الصدر لديها إلى داء الشريان الإكليلي ويجب أخذ ذلك بالاعتبار عند التخطيط لعلاج حصيات المرارة لديها. يجب أن يكون تخطيط القلب الكهربائي (ECG) جزءاً من تدبيرها. القليل فقط من حصيات المرارة تكون ظليلة للأشعة ويمكن رؤيتها على الصورة الشعاعية البسيطة، لذا يجب أن يكون الفحص التالي هو عبارة عن الفحص بالأشعة فوق الصوتية للكبد والقناة الصفراوية؛ سوف تظهر الموجات فوق الصوتية توسع الشجرة الصفراوية، ولكن لا يمكن الاعتماد عليها في تحديد مكان حصيات القناة الصفراوية المشتركة، أما تصوير البنكرياس والأقنية الصفراوية بالرنين المغناطيسي (MRCP) يوضح موقع الانسداد وسببه، ويعد التصوير الراجع للبنكرياس والأقنية الصفراوية (ERCP) أفضل وسيلة لهذا الغرض لأنه يسمح بالتدخل عن طريقه بوضع المصرة مع أو بدون استرجاع الحصيات لإزالة الحصيات الواضحة التي تغلق القناة الصفراوية المشتركة.

نقاط مفتاحية



- من المحتمل أن يكون سبب اليرقان الانسدادي مع المراجعة المتوسعة المجسوسة هو وجود سرطان في رأس البنكرياس (علامة كورفوازييه).
- اليرقان الانسدادي يسبب ارتفاع رئيسي بالفوسفاتاز القلوية وناقل الببتيد غاما غلوتاميل.
- عندما يكون الارتفاع الرئيسي في ناقل أمين الألانين، فهذا يشير في المقام الأول إلى أذية في خلايا الكبد.

■ القصة السريرية:

جاء رجل عمره ٣٦ عاما إلى الطبيب العام بشكاية حمى وآلام في العضلات حول الظهر والساقين، اعتقد في البداية أنها أنفلونزا على الأرجح؛ ولكن الأعراض كانت موجودة منذ ٩ أو ١٠ أيام وكان يعاني منذ ٣ أيام من الإسهال لكنه استقر الآن، لقد اشتكى من ألم في الفم خلال الأسبوع الماضي مما جعل من الصعب ان يتناول الطعام ولكنه لم يشعر بالجوع الشديد خلال هذا الوقت ويعتقد أنه ربما فقد بضع كيلو غرامات من الوزن. في الوقت الذي بدأت فيه الأعراض لاحظ طفحا حماميا خفيفا على صدره وبطنه ولكنه اختفى.

زار العيادة من حين لآخر في الماضي بسبب شكاوي بسيطة، وذهب إلى العيادة للحصول على اللقاحات لزيارة فيتنام وتايلاند على مدى السنوات الثلاث الماضية، وكان آخر سفر له إلى الخارج قبل ٣ أشهر، يدخن ١٠ سجائر يوميا، ويشرب ٢٠-٣٠ وحدة من الكحول أسبوعيا، ولا يتناول أي أدوية غير مشروعة، ليس لديه سوابق مرضية أو عائلية ذات صلة، إنه أعزب ويعيش بمفرده ويعمل كمحام، كان لديه عدد من العلاقات بين الجنسين والعلاقات الجنسية المثلية في الماضي، أجرى اختبار فيروس نقص المناعة البشرية منذ سنة وكان سلبيا.

■ الفحص السريري:

درجة حرارته ٣٨ درجة مئوية، معدل النبض ٩٤/دقيقة، معدل التنفس ١٦/دقيقة، ضغط الدم ٧٨/١٢٤ مم زئبقي، لا توجد اضطرابات في الجهاز القلبي الوعائي أو الجهاز التنفسي. بفحص الفم هناك قرحة في الغشاء المخاطي قطرها ٥-١٠ مم، هناك عدد من العقد اللمفاوية العنقية المجسوسة على جانبي العنق وهي طرية قليلا، لا توجد عقد أخرى ولا يوجد تضخم في الكبد أو الطحال ولا يوجد طفح جلدي على الجلد.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	14.8 g/dL	13.7-17.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	87 FL	80-99 FL
White cell counts	$7.4 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Neutrophils	$5.1 \times 10^9/L$	$1.8-7.7 \times 10^9/L$
Lymphocytes	$2.0 \times 10^9/L$	$0.6-4.8 \times 10^9/L$
Platelets	$332 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	144 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.4 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	5.9 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	73 μ mol/L	70-120 μ mol/L
Bilirubin	13 mmol/L	3-17 mmol/L
Alkaline phosphatase	121 IU/L	30-300 IU/L
Alanine aminotransferase	25 IU/L	5-35 IU/L
Screening test for glandular fever:	negative	

■ الأسئلة:

- هل يمكنك اقتراح بعض التشخيصات المحتملة؟

من المرجح أن تكون هذه مشكلة انتانية واستمرت لأكثر من أسبوع، إن طول الفترة يجعل الأنفلونزا غير محتملة، الموجودات الإيجابية الأخرى هي ضخامة العقد اللمفاوية وتقرح الفم ودرجة الحرارة المرتفعة، وكان هناك طفح جلدي ولكنه اختفى. جميع تحاليل الدم طبيعية، بما في ذلك اختبار الحمى الغدية (داء وحيدات النوى الخمجي) والذي كان تشخيصاً معقولاً بهذه المواصفات.

يزيد الاتصال المثلي السابق من احتمال الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، ومن الممكن أن يكون السفر إلى فيتنام وتايلاند قد ترافق بتعرض جنسي عالي الخطورة، من المعروف أن لديه اختبار سلبي لفيروس نقص المناعة البشرية قبل ١٢ شهراً ومع ذلك من الممكن جداً أن يكون هذا المريض تعرض لفيروس نقص المناعة البشرية، حيث أن حوالي نصف المصابين بأعراض الفيروس يكون ذلك في غضون ٤-٦ أسابيع من اكتسابه، وعلى الرغم من أن اختبار فيروس نقص المناعة البشرية سيظل سلبياً، إلا أنه يمكن تشخيص ذلك عن طريق العثور على الفيروس أو مستضد p ٢٤ في الدم. كان ينبغي تقديم المشورة له بشأن الاحتياطات اللازمة للحد من خطر انتقال الأمراض المنقولة جنسياً عندما أجرى اختبار فيروس نقص المناعة البشرية قبل ١٢ شهراً.

قد تكون الصورة متناسبة مع مرض الزهري الثانوي، والذي يحدث بعد ٦-٨ أسابيع من الآفة الأولية. ومع ذلك، في هذه الحالة غالباً ما يكون الطفح الجلدي أكثر اتساعاً ولا تكون العقد اللمفاوية طرية عادة، يجب بالتأكيد إجراء اختبار مصلي لمرض الزهري.

الأمراض الفيروسية الأخرى ممكنة، قد يكون التهاب الكبد مع هذه الأعراض الباديرية ولكن اختبارات وظائف الكبد الطبيعية تجعله أقل احتمالاً. يمكن أن يكون اللمفوما بسبب ضخامة العقد اللمفية والحمى، ولكن تقرح الفم والطفح الجلدي ليسا نموذجيين له. وإذا أثبتت الاختبارات المصلية أنها سلبية فيمكن النظر في خزعة العقد اللمفية.

في هذه الحالة، كانت اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية إيجابية. إن العلاج المضاد للفيروسات التثاقيرية في وقت التعرض المعروف أو عالي الخطورة مفيد في الحد من خطر العدوى، أما في هذه المرحلة يكون العلاج داعماً مع شرح وترتيبات لمراقبة الحمل الفيروسي.

نقاط مفتاحية



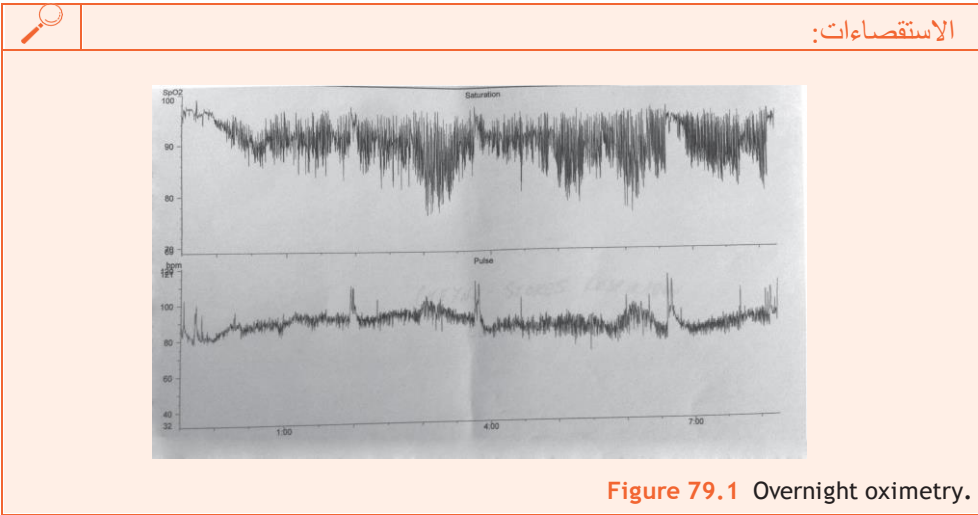
- تكون الاختبارات المصلية سلبية عند حوالي ٥٠% من المصابين بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية وقد تختلف الشدة.
- في حالات التعرض المعروفة أو عالي الخطورة، مثل إصابة بالإبرة، غالباً ما تتطلب علاج فوري بالمضادات الفيروسية التثاقيرية. كما يجب طلب المشورة الفورية.

■ **القصة السريرية:**

جاء سائق سيارة أجرة عمره ٥٧ عاما إلى الطبيب العام بسبب معاناته من نعاس مفرط في النهار، على مدار العامين الماضيين كان يميل إلى النوم أثناء القراءة أو مشاهدة التلفاز أو الجلوس بهدوء، وقد نام أثناء القيادة مرتين؛ الأولى عند إشارة المرور حيث استيقظ على صوت سيارة خلفه، والثانية أثناء القيادة على طريق سريع وانجرف عن الطريق قبل الاستيقاظ. ينام لمدة ٨ ساعات في الليل ويستيقظ عدة مرات وهو يلهث من أجل الهواء، وأفادت زوجته أنه يشخر بصوت عال وفي بعض المرات توقف عن التنفس وشعرت بالحاجة إلى حثه على استئناف التنفس. يتناول الرامبيريل وبنديروفلوميثازيد لعلاج ارتفاع ضغط الدم، تم إجراء قياس الأكسجة الليلية ويظهر في الصورة 79.1.

■ **الفحص السريري:**

يبلغ مؤشر كتلة الجسم ٤١ كجم/م، ضغط الدم ٩٨/١٦٨ مم زئبق، البلعوم الفموي متورم وأحمر، اللوزتان طبيعيتا الحجم، الفحص القلبي الرئوي طبيعي.



☒ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالا؟
- كيف تدبر هذه الحالة؟
- ما النصيحة التي ستقدمها له بشأن القيادة؟

تشمل أسس باب النعاس المفرد رط أثناء النهار:

- حركات الأطراف الدورية في النوم
- عدم كفاية النوم
- الاكتئاب
- انقطاع التنفس أثناء النوم الانسدادي (OSA)
- النوم القهري
- الأدوية

على الرغم من فرصة النوم الكافية ليلاً (<7 ساعات) يصف هذا المريض معاناته من النعاس المفرط أثناء النهار. لدى هذا المريض أعراض لانقطاع النفس الانسدادي، بسبب الشخير وضيق التنفس الليلي مع انقطاع النفس والنعاس أثناء النهار، وتشمل الأعراض الأخرى لتوقف التنفس أثناء النوم: التعب، وضعف التركيز، بوال ليلي، واختناق ليلي، والتهاب الحلق، والصداع الصباحي. يحدث **OSA بسبب** تدهور عرضي لمساحة تجويف مجرى الهواء العلوي أثناء النوم مما يؤدي إلى إعاقة تدفق الهواء ونقص أكسجة والاستيقاظ من النوم فيؤدي الاستيقاظ المتكرر من النوم إلى النعاس أثناء النهار. بسبب توقف التنفس أثناء النوم ارتفاع ضغط الدم وهو سبب شائع لارتفاع ضغط الدم المعند، كما إنه عامل خطر مستقل وأمراض القلب والنشبة الدماغية. قد لا يكون المرضى على دراية بأنهم يعانون من توقف التنفس أثناء النوم ويعلمون فقط أنهم يعانون من النعاس أثناء النهار.

يجب إجراء دراسات النوم لتأكيد OSA في هذه الحالة أظهر قياس الأكسجة الليلي تكرار نقص الأكسجة وارتفاع معدل ضربات القلب بما يتفق مع OSA. إن قياس التأكسج الليلي أداة مفيدة؛ ومع ذلك قد تكون هناك حاجة إلى اختبار أكثر تفصيلاً (مثل تخطيط النوم) إذا لم يتم تشخيصها بقياس الأكسجة الليلي.

يشمل علاج توقف التنفس أثناء النوم إنقاص الوزن وجبائر تقدم الفك السفلي إلى الأمام (MAS) وجهاز ضغط الهواء الإيجابي المستمر (CPAP)، يمكن استئصال اللوزتين إذا كانت متضخمة جداً وهو العلاج الأكثر شيوعاً لتوقف التنفس أثناء النوم عند الأطفال.

CPAP هو جهاز يوفر ضغط هواء إيجابي من خلال قناع الوجه؛ يؤدي الضغط الإيجابي إلى فتح مجرى الهواء العلوي ويمنعه من الانغلاق أثناء النوم، ويوصى باستخدامه لعلاج الحالات المعتدلة والشديدة. تستخدم جبائر تقدم الفك السفلي في الحالات الخفيفة وهي عبارة عن دروع على اللثة يتم ارتداؤها في الليل تسحب الفك السفلي إلى الأمام وتفتح تجويف مجرى الهواء.

البدانة هي عامل خطر رئيسي عكوس، ويترافق الانتشار المتزايد للبدانة في جميع أنحاء العالم مع زيادة في OSA. يجب التوصية بتخفيف الوزن لجميع المرضى الذين يعانون من OSA ولديهم مؤشر كتلة الجسم ≥ 25 كجم / م. يجب التوصية بالنصائح الغذائية وتعديل نمط الحياة وممارسة الرياضة بانتظام، ويمكن استخدام أدوية مثل أورليستات التي

تمنع امتصاص الدهون المعوية. تتمتع جراحة السمنة بمعدل نجاح مرتفع في تخفيف الوزن وحل OSA . يجب النظر في جراحة البدانة عند من لديهم مؤشر كتلة الجسم ≥ 40 كجم/م أو مؤشر كتلة الجسم من 35 إلى 40 كجم/م 2 مع حالة مرضية مرافقة (مثل الداء السكري أو OSA أو ارتفاع ضغط الدم). في معظم البلدان تعد OSA حالة يجب الإبلاغ عنها لسلطات القيادة، وفي المملكة المتحدة يجب ألا يقود المريض حتى يبدأ العلاج ويختفي النعاس.

نقاط مفتاحية



- هناك انتشار متزايد للبدانة و OSA في جميع أنحاء العالم بسبب البدانة.
- يظهر OSA بنعاس مفرط أثناء النهار وهو سبب شائع لارتفاع ضغط الدم المعند.
- عادة ما يكون علاج OSA هو CPAP وإنقاص الوزن.

■ القصة السريرية:

جاء رجل عمره ٤٨ عاماً إلى قسم الطوارئ بسبب شعوره بعدم الراحة في الجانب الأيسر من الصدر. قبل عشرة أيام شعر بتوعك مع سعال وبعض ضيق التنفس والحمى أيضاً، وعندما لم تستقر هذه الأعراض في غضون ٤-٥ أيام ذهب إلى الطبيب العام ووصف له بعض الأموكسيسيلين والباراسيتامول وبعد ٤٨ ساعة شعر بتحسن وتوقف عن تناول المضاد الحيوي.

على مدار اليومين الماضيين كان يشعر بتوعك وفقد شهيته وعانى من عدم الراحة في الجانب الأيسر من الصدر وبالحمى مرة أخرى، قد خف السعال لكنه مازال يعاني من ضيق طفيف في التنفس أثناء المجهود.

لا يوجد تغيير في عادات التغوط والتبول، يدخن ٢٠ سيجارة يوميا ويشرب ٥ أو ٦ مكابيل من البيرة في معظم الأيام، عاطل عن العمل، غذاؤه ضعيف وقد فقد ٦ كغ من الوزن خلال العام الماضي.

في سوابقه المرضية انه تعرض لإنتان في الصدر قبل ٦ سنوات، وتلقى علاجاً متقطعاً لبضع سنوات بسبب التقرح الهضمي، ولا يوجد قصة عائلية.

■ الفحص السريري:

يبدو نحيف، معدل تنفسه هو 22/دقيقة، ضغط الدم 124/76، النبض 96/دقيقة، الأكسجة 95%. في فحص الجهاز التنفس هناك بعض الأصمية في القرع مع انخفاض أصوات التنفس في القاعدة اليسرى؛ تظهر الأشعة السينية في الصورة 80.1

الاستقصاءات:		
		Normal
Hemoglobin	12.2 g/dL	11.7-15.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	82 FL	80-99 FL
White cell counts	$18.9 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$450 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
C-reactive protein (CRP)	282 mg/L	<5 mg/L



☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف يمكنك استقصاء وتدبير هذا المريض؟

الصورة 80.1، صورة الصدر للمريض

يشير تسلسل القصة إلى أن هذا الرجل أصيب بذات رئئة عولجت جزئياً، وتشير الأعراض الجهازية وعدد الخلايا البيضاء والعلامات الانتهاجية إلى وجود انتان حالي. تظهر الأشعة السينية للصدر والموجودات السريرية أن هناك انصباباً جنبياً في الجهة اليسرى؛ يمكن أن يحدث الانصباب الجنبى مرافقاً لذات الرئة عندما قد يكون انصباباً ارتكاسياً للالتهاب على السطح الجنبى للرئة ويختفي عند علاج ذات الرئة. ومع ذلك من المرجح عند هذا الرجل أن يكون الانصباب تقيحاً في جوف الجنب (السائل بحد ذاته مخموجاً) ويجب تأكيد ذلك عن طريق اخذ عينة من السائل، من الأفضل القيام بذلك بتوجيه الأيكو لتقليل احتمال حدوث مضاعفات من البزل، كما يظهر الأيكو أيضاً ما إذا كان هناك تجمع واحد أو أكثر للسائل والذي قد يحدث مع الالتهاب الشديد المترافق بالانتان داخل الحيز الجنبى.

من المرجح أن تتطور الدبيلة (تجمع قيحي) عندما يكون العلاج غير كافٍ بالصادات الحيوية أو عند مثبتي المناعة. في الحالة هذا المريض تم إيقاف الصادات الحيوية في وقت مبكر جداً ومما زاد سوء الحالة هو التغذية السيئة والتناول المفرط للكحول.

في هذه الحالة أظهر الأيكو بعض الالتصاقات داخل جوف الجنب ولا يوجد تجمع محدد، وتم اخذ عينة من القيح بإدخال إبرة في الحيز الجنبى، كان للقيح رائحة كريهة للغاية انتشرت بكامل الجناح بشكل سريع، لذا كان من الواضح أن السائل قيحي وتشير الرائحة إلى أن هذه انتان باللاهوائيات وأكثر اللاهوائيات شيوعاً *Streptococcus milleri*. عندما لا يكون السائل مميز بشكل واضح يجب إرساله لتحليل PH والبروتين والسكر والزرع إلى جانب اختبار السكر في الدم في وقت واحد. يشير $PH < 7.20$ والسكر المنخفض إلى وجود انتان في السائل الجنبى.

كما هو الحال مع أي كمية كبيرة من القيح، تتطلب تفجير صدر بالإضافة إلى الصادات الحيوية. يجب إدخال أنبوب مناسب الحجم (من الأفضل وضعه تحت إشراف الأيكو) وإذا فشل تصريف السائل فقد تكون هناك حاجة إلى تدخل جراحي صدري كافٍ لفك الالتصاقات وضمان الصرف الكافي. تم استخدام العوامل الحالة للخثرة للمساعدة في الصرف ولكن الدراسات لم يقترح أي فائدة كبيرة على النتيجة.

نقاط مفتاحية

- قد يكون الانصباب الجنبى المرتبط بذات الرئة انصباباً ارتكاسياً أو انتان في الحيز الجنبى.
- يجب أن يتم بزل الجنب وتصريف القيح بالتوجيه بالإيكو.
- يجب القيام بتصريف كافٍ للدبيلة القيحية في أقرب وقت ممكن بعد وضع التشخيص.

■ القصة السريرية:

لدى رجل عمره ٣٨ عاما قصة آلام بطنية شرسوفية متقطعة لمدة شهرين، كان لديه قصة مماثلة قبل عام وعندها أخذ بعض ادوية عسر الهضم من صيدلية محلية وانتهت الأعراض بعد ١٠ أسابيع. يستمر الألم لمدة ٣٠-٦٠ دقيقة وغالبا ما يحدث في الليل ويمكن أن يوقظ المريض، يتحسن بعد الوجبات ويظهر أن بعض الأطعمة مثل الكاري والأطعمة الغنية بالتوابل تحرض الألم أحيانا. يدخن ١٠-١٥ سيجارة يوميا لمدة ٢٥ عاما ويشرب حوالي ٣٠ وحدة من الكحول كل أسبوع ولا يتناول أي دواء في الوقت الحالي، لا يوجد سوابق مرضية أخرى ذات صلة، يعمل كوسيط مالي في المدينة، شعر بمزيد من التعب مؤخرا وقد ظن ان سبب هذا الأمر هو ضغط العمل. تم إرسال تعداد الدم.

■ الفحص السريري:

هناك مضمض خفيف في الشرسوف، ولا توجد أي اضطرابات أخرى.

الاستقصاءات:		
Normal		
Hemoglobin	10.2 g/dL	13.3-17.7 g/dL
Red cell counts	$6.4 \times 10^{12}/L$	$4.4-5.9 \times 10^{12}/L$
$10^{12}/L$ Mean corpuscular volume (MCV)	71 FL	80-99 FL
White cell counts	$8.9 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$350 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Iron	4 mmol/L	14-31 mmol/L
Total iron-binding capacity	76 mmol/L	45-70 mmol/L
Ferritin	6 mg/L	20-300 mg/L

The blood film is reported as showing microcytic, hypochromic red cells.

☒ الأسئلة:

- كيف تفسر هذه النتائج؟
- ما هو التشخيص المحتمل؟
- وكيف يجب تأكيده؟

يظهر تعداد الدم فقر دم صغير الخلايا، ويظهر ارتفاع عدد الخلايا الحمراء مع انخفاض الهيموغلوبين أن محتوى الهيموغلوبين في الخلايا منخفض، ويؤكد انخفاض الحديد والفيريتين وارتفاع السعة الرابطة للحديد على وجود عوز حقيقي في الحديد، وتؤكد لطاخة الدم المحيطي أن الخلايا صغيرة وناقصة الصباغ. في فقر الدم الناجم عن الأمراض المزمنة قد يكون فقر دم صغير الخلايا والحديد في المصل منخفض، ولكن TIBS سيكون منخفضاً أيضاً والفيريتين طبيعي. أما هنا من المرجح أن يكون التشخيص قرحة هضمية.

السبب الأكثر شيوعاً لفقر الدم الناجم عن نقص الحديد لدى الرجال هو فقد الدم في السبيل الهضمي، وعند المرأة قبل انقطاع الطمث يكون الطمث هو السبب الأكثر شيوعاً. تتوافق آلام البطن مع ما ينتج عن القرحة الهضمية وخاصة قرحة العفج، حيث يوجد ألم يرتاح قليلاً مع تناول الطعام. يجب تحديد التشخيص عن طريق التنظير لأنه لا يمكن استبعاد التشخيص الأخرى مثل سرطان المعدة من القصة فقط، ويجب تحديد موقع فقدان الدم الذي يسبب نقص الحديد كما يجب التحقق من وجود الملثوية البوابية.

في هذه الحالة أكد التنظير وجود قرحة نشطة في العفج وكانت العينات إيجابية للملثوية البوابية التي تترافق بالتهاب في المعدة وتشكل أكثر من 90% من أسباب قرحة العفج. اختبارات النفس واختبار الأضداد في المصل هي اختبارات تشخيصية بديلة. تم علاج الجرثومة بعلاج مشترك بين أوميبرازول لمدة 6 أسابيع والعلاج الثلاثي بلانسوبرازول وأموكسيسيلين وكلاريثروميسين لمدة 7 أيام. بالنسبة للقرحة الصغيرة (أقل من 1 سم) غير المختلطة لا يوجد ما يستطع استمرار مثبطات مضخة البروتون بعد الانتهاء من ورس الصادات؛ على النقيض من ذلك فإن يجب الاستمرار بالعلاج بالppi حتى يتم تأكيد علاج الملثوية أمر مهم للقرحة المختلطة. تم إعطاء المريض توصيات قوية بالتوقف عن التدخين ومعالجة استهلاكه المفرط للكحول، لا تزال أهمية حالة الشدة كعامل خطر للقرحة الهضمية مثيرة للجدل. تم تصحيح نقص الحديد عن طريق الحديد الفموي الذي استمر لمدة 3 أشهر لتجديد مخازن الحديد في نقي العظام. لا يحتاج المرضى الذين تم علاجهم من قرحة عفجية غير مختلطة إلى مزيد من التنظير ما لم تستمر الأعراض.

نقاط مفتاحية

- ثبت أن برتوكول العلاج بالمضادات الحيوية المختلفة يستأصل الملثوية البوابية مؤقتاً ويمنع أو يؤجل نكس الأعراض والتقرح.
- يحتاج تجديد مخازن الحديد في نقي العظم إلى 3 أشهر من العلاج بالحديد الفموي بعد عودة الهيموغلوبين إلى طبيعته
- الفيريتين هو من بروتينات الطور الحاد ويرتفع عند وجود مرض حاد حتى لو وجد نقص في الحديد.

■ **القصة السريرية:**

شعرت امرأة مسنة عمرها ٧٢ عاما أنها تعاني من الام غير نوعية منذ ١٠ أسابيع تقريبا، وتشعر بالصلابة بشكل خاص عندما تستيقظ في الصباح حيث أنها تعاني من أجل النهوض بمفردها، وتواجه صعوبة في رفع يدها لتمشيط شعرها وتحتاج إلى مساعدة في بعض أعمالها المنزلية، لاحظت أيضا بعض الألم في ركبتيها وأصابعها، وفقدت ٤ كغ من الوزن ولاحظت بعض التعرق الذي يحدث في الليل. جاءت لرؤية طبيبها العام الآن لأنها أصيبت بصداع شديد استمر خلال الأيام 4-5 الماضية، وعند الاستجواب المباشر تقول أنها تعاني من بعض الألم في فكها عند المضغ. لا يوجد أي سوابق مرضية، تعيش بمفردها ولم تدخن منذ ٤٠ عاما ولا تشرب الكحول إلا في عيد الميلاد، لا تتناول أي أدوية منتظمة، وجرت القليل من الباراسيتامول ولكنه لم يساعد الصداع.

■ **الفحص السريري:**

المريضة نحيفة وتعاني من زيادة الإحساس عند جس أجزاء من فروة رأسها، ضغط دمها 138/64 مم زئبق. فحص الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي والبطن طبيعي، يوجد ضعف خفيف في العضلات القريبة في ذراعيها وساقها) مقياس 4+ MRC الحركة النشطة ضد الجاذبية والمقاومة قوية) عدا ذلك فإن الفحص العصبي طبيعي.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	10.3 g/dL	11.7-15.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	87 FL	80-99 FL
White cell counts	$12.2 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$377 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	91 mm/h	<10 mm/h
Sodium	139 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.6 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	3.8 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	102 μ mol/L	70-120 μ mol/L
Glucose	6.8 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Albumin	38 g/L	35-50 g/L
Bilirubin	16 mmol/L	3-17 mmol/L
Alanine transaminase	85 IU/L	5-35 IU/L
Alkaline phosphatase	465 IU/L	30-300 IU/L
Creatine kinase	139 IU/L	25-195 IU/L

☒ **الأسئلة:**

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكن استقصاء وتدبير هذه المريضة؟

تعاني هذه المرأة من أعراض سريرية نموذجية للألم العضلي الرثوي/التهاب الشريان الصدغي. معظم المرضى تزيد أعمارهم عن 65 عاما وغالبا ما تكون بداية الأعراض مفاجئة؛ حيث قد يعانون في البدء من آلام عديدة في العضلات) ألم العضلات القريبة وتصلب أكثر وضوحا في الصباح) أو أعراض التهاب الشريان الصدغي) آلام شديدة في الرأس مع ايلام على الشرايين الصدغية)، وقد يكون لدى المرضى أعراض جهازية مثل التعب العام وفقدان الوزن والتعرق الليلي. بشكل مميز يكون ESR مرتفع جدا) على الأقل 40مم /ساعة) مع فقر دم خفيف وزيادة عدد الكريات البيض وغالبا ما ترتفع إنزيمات الكبد قليلا. في ألم العضلات تكون الأعراض الرئيسية تصلب العضلات والألم وقد تشبه الشعور بضعف العضلات، ويكون كرياتين كيناز طبيعي على عكس التهاب العضلات العديد.

تشخيص الألم العضلي الرثوي هو في الأساس تشخيص سريري، ويفيد ESR المرتفع جدا للشخص، حوالي 25% من المرضى سيكون لديهم التهاب شريان صدغي. عند وجود صداع والاشتباه في التهاب الشرايين ذو الخلايا العرطلة، يجب إجراء خزعة من الشريان الصدغي لكن قد يكون التشريح المرضي طبيعيا لأن الإصابة بقعية. اما النتيجة الإيجابية توفر تأكيدا للتشخيص واستطبابا لإعطاء الستيروئيدات طويلة الأمد.

هذا المريض لديه دليل واضح على التهاب الشرايين ذو الخلايا العرطلة (المعروف باسم التهاب الشرايين الصدغي؛ على الرغم من أن الأوعية الأخرى مصابة) وهو معرض لخطر فقدان البصر غير العكوس بسبب الضرر الإقفاري للشرايين الهدبية مما يسبب التهاب العصب البصري أو انسداد الشريان الشبكي المركزي. يجب أن يبدأ المريض على الفور بجرعة عالية من الريدنيزولون اعتمادا على الأعراض السريرية وقبل إجراء الخزعة، ولن تتأثر نتائج الخزعة بعد بضعة أيام من العلاج لأنه يجب الحفاظ على البصر وهو الأكثر أهمية. يجب أن تعدل جرعة الستيرويد ببطء وفقا للاستجابة السريرية و ESR ولكن من المرجح أن تحتاج إلى الاستمرار لمدة عامين تقريبا لذا يجب أن تكون تدابير حماية العظام جزءا من المعالجة.



التشخيص التفريقي لضعف العضلات الدانية وتصلبها:

- التهاب العضلات.
- التهاب الاوعية الجهازية.
- الذئبة الحمامية الجهازية.
- داء باركنسون.
- قصور الغدة الدرقية/فرط نشاط الغدة الدرقية.
- تلين العظام.

نقاط مفتاحية



- غالبا ما يترافق الألم العضلي الرثوي مع والتهاب الشرايين العرطلة.
- المرضى الذين يعانون من هذه الحالات تكون مستويات ESR مرتفعة لديهم بشكل ملحوظ.
- هناك خطر لحدوث العمى في التهاب الشرايين ذو الخلايا العرطلة ويجب أن تبدأ المعالجة على الفور بمجرد الاشتباه.

■ القصة السريرية:

جاءت امرأة مسنة عمرها ٧٦ عاما إلى قسم الطوارئ بشكاية نوبة ضعف في ذراعها اليمنى وساقها، كانت تجلس مع زوجها عندما أصبحت تعاني من الضعف ولاحظ زوجها أنها تلثمت في كلامها ثم اختفت جميع الاعراض في غضون ١٠ دقائق، لاحظ زوجها حدوث تشوش في كلامها 2-3 مرات على مدى الشهر 6 الماضية ويستمر التشوش عدة دقائق، ولكنه لم يفكر به بجدية، قبل شهرين كان لديها إحساس بشيء مظلم ينزل فوق عينها اليسرى يستمر لبضع دقائق. إنها مصابة بالداء السكري النمط ٢ منذ ٦ سنوات وهو مضبوط لديها بتعديل نمط الغذاء فقط، لديها ارتفاع في ضغط الدم وعانت من احتشاء عضلة القلب قبل ٣ سنوات، تدخن حوالي ١٠ سجائر يوميا ونادرا ما تشرب الكحول، دواءها الوحيد هو enalapril لضغط دم.

■ الفحص السريري:

تبدو نحيلة، معدل نبضها 88/دقيقة وغير منتظم، ضغط الدم 172/94 مم زئبق، ومن الملاحظ انزياح ضربة القمة إلى الارب السادس في خط منتصف الإبط، أصوات قلبها طبيعية مع سماع نفخة انقباضية درجتها 6/3، وتم سماع لغط ناعم فوق الشريان السباتي الأيسر، نبض شريان ظهر القدم غير مجسوس في الجانبين، والظنبوي الخلفي ضعيف في الأيسر وغائب على اليمين، فحص صدرها وبطنها طبيعي، يوضح الفحص العصبي أن القوة والمقوية والمنعكسات طبيعية ولا يوجد فقد للحس، وقعر العين طبيعي.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	13.7 g/dL	11.7-15.7 g/dL	
Mean corpuscular volume (MCV)	86 FL	80-99 FL	
White cell counts	$7.4 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$242 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	6.7 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	86 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Glucose	5.8 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L	
Hemoglobin A _{1c} (HbA _{1c})	7.6 per cent	<7 per cent	
Chest X-ray: normal			
Electrocardiogram (ECG): atrial fibrillation			

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكنك تدبير هذه الحالة؟

تذكر هذه المرأة قصة أعراض عصبية عابرة بدون وجود عقابيل، إنها على خطورة متزايدة للإصابة بالحوادث الوعائية الدماغية بسبب التدخين وارتفاع ضغط الدم والداء السكري. حالتها تصف هجمات إقفارية عابرة متكررة (TIAs)، والتي بحكم تعريفها تختفي تماما في أقل من 24 ساعة، ومن الناحية العملية غالبا ما تختفي أسرع من ذلك بكثير. قبل شهرين من قبول المريضة كان لديها كمنة عابرة (عمى أحادي عابر) متكررة وغالبا ما يوصف بأنها مثل مصراع ينزل فوق المجال البصري لعين واحدة، عند هذه المريضة تؤثر TIAs على نصف الكرة الدماغية الأيسر في منطقة الدماغ التي يرويها الشريان السباتي الأيسر، مما يسبب ضعفا في الجانب الأيمن وعسر النطق. قد يكون سبب TIAs هو الصمات الخثرانية من تفرح عصيدي في الشرايين السباتية أو قوس الأبهري، أو من مصدر قلبي مثل توسع الأذنين الأيسر، ونادرا ما يرجع ذلك إلى أسباب دموية مثل كثرة الكريات الحمراء أو مرض الخلايا المنجلية أو فرط اللزوجة بسبب الميلاнома. قد تكون الأعراض هي نفسها في كل مرة أو قد تختلف. يظهر تخطيط القلب الخاص بالمريضة رجفان أذيني، ولديها علامات قصور التاجي مع نفخة شاملة للانقباض وانزياح ضربة القمة، وهناك ثلاثة مصادر محتملة واضحة للانصمام:

- تضيق الشريان السباتي الأيسر) في الموقع المتوافق مع حدوث TIAs وهو أكثر احتمالا بسبب وجود لغط في الشريان السباتي).
- الأذنين الأيسر في الرجفان الأذيني مع قصور التاجي الواضح سريريا.
- احتشاء عضلة القلب السابق مع خثرات جدارية.

!

الأسباب الرئيسية للمتلازمات العصبية العابرة:

- **الشقيقة:** النسمة للشقيقة هي ظاهرة منتشرة تزداد شدتها ببطء وعادة ما تكون الأعراض إيجابية (مثل العُتَمَات)، ثم يتبع النسمة صداع شديد. ومع ذلك؛ يمكن أن تترافق الشقيقة بعجز عصبي بؤري (مثل الخزل الشقي).
- **الصرع البؤري:** يسبب عادة أعراضا إيجابية مثل الارتعاش وأعراض حسية، والتي قد تسير لأعلى في أحد الأطراف ومن طرف إلى آخر في نفس الجانب.
- **الغشي:** بخلاف معظم TIAs، هناك فقدان للوعي ولكن عادة لا توجد علامات بؤرية وغالبا يسبق الغشي شعور بالدوخة.
- **الأفة التي تشغل الحيز:** يمكن أن تسبب الأورام الدماغية أو الخراجات أعراضا متنوعة تكون ذات بدء تدريجي وغالبا ما ترتبط بالصداع أو تغيرات الشخصية.
- **متفرقات:** الهستيريا، داء الفقار الرقبي، نقص السكر الدم والجمدة catalepsy.

يجب اجراء التصوير الطبقي المحوري لرأس لهذا المريض لاستبعاد الآفة الكتلية الشاغلة للحيز وإيكو القلب لتقييم حجم الأذين الأيسر والصمام التاجي (لاستبعاد الغزو الجرثومي للصمام) واستبعاد وجود خثرة في البطين الأيسر متعلقة بالاحتشاء السابق، وإيكو دوبلر للشرايين السباتية وإذا كان هناك تضيق حرج في الشريان السباتي (< ٧٠%) فيجب النظر في توسيع بطانة الشريان السباتي يجب ان تأخذ المريضة مضاد للتخثر (الوارفارين) بسبب الرجفان الأذيني وتضيق الشريان السباتي. يجب ضبط ضغط الدم والداء السكري بحذر، والتأكد من الشحوم وعلاجها اذا كان ذلك مناسباً.

نقاط مفتاحية



- تستمر معظم الهجمات الإقفارية العابرة لبضع دقائق فقط.
- ما يقرب 40% من المرضى الذين يعانون من احتشاء الدماغ لديهم قصة سابقة من الهجمات الإقفارية العابرة.
- يجب أخذ عوامل الخطر المتعددة في الاعتبار في استقصاء وتدبير أمراض الأوعية.

■ القصة السريرية:

قدم رجل عمره ٥٢ عاماً إلى قسم الاسعاف في الساعة ٢ صباحاً يتقيأ دماً أحمر قاني ويستمر بتقيؤ كميات كبيرة من الدم، ليس لديه ألم في البطن، برازه أسود داكن منذ مدة ٤٨ ساعة، لديه بالسوابق ارتفاع ضغط الدم ويتناول لأجله أتينولول، يشرب زجاجة من النبيذ يوميا.

■ الفحص السريري:

لديه فقر دم ويرقان معتدل، هناك عناكب وعائية على جذعه العلوي، معدل نبضه ٧٢/دقيقة وضغط الدم 94/55 مم زئبق مستقياً، وينخفض إلى 72/42 عند الوقوف، الطحال مجسوس على بعد 4 سم أسفل الحجاب الحاجز.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	6.7 g/dL	13.3-17.7	
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	81 FL	80-99 FL	
White cell counts	$8.6 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$	
Platelets	$39 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Chloride	99 mmol/L	95-105 mmol/L	
Urea	5.8 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	70 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Bilirubin	67 mmol/L	3-17 mmol/L	
Alkaline phosphatase	344 IU/L	30-300 IU/L	
Alanine aminotransferase	64 IU/L	5-35 IU/L	
Gamma-glutamyl transpeptidase	467 IU/L	11-51 IU/L	

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ماهي المعالجة المناسبة؟

التشخيص الأكثر احتمالاً هو نزف دوالي المري بسبب مرض الكبد المزمن الكحولي الكامن لدى المريض، لديه علامات على مرض كبدي مزمن وتتوافق اختبارات وظائف الكبد مع هذا. تشمل الأسباب الأخرى للنزف الهضمي العلوي عند المرضى المصابين بأمراض الكبد: القرحة الهضمية، وتمزق مالوري وايس، واعتلال المعدة بارتفاع ضغط الوريد البابي، وتوسع الأوعية الدموية للمعدة. نقص الصفائح شائع في تليف الكبد بسبب اجتماع انخفاض مستويات الثرومبوبويتين وتدمير الطحال للصفائح ونقص التصنيع من نقي العظم.

غالباً ما يكون كشف فقدان الدم صعباً من قصة المريض، التقيؤ الدموي عرض مخيف ويمكن المبالغة في تقديره، لكن في هذه الحالة مستوى الهيموغلوبين منخفض وهناك انخفاض كبير في ضغط الدم الانتصابي، ونبض المريض ليس سريعاً لأنه يأخذ حاصراً بيتاً. لديه علامات على مرض كبدي مزمن ومن المرجح أن يكون هذا النزف خطيراً جداً. يتوقف النزف عفويًا عند 50٪ فقط من المرضى الذين يعانون من نزيف الدوالي، وهناك خطر كبير جداً من النزيف في الأسابيع الستة المقبلة.

يحتاج المريض إلى إنعاش بنقل الدم عبر خط وريدي محيطي كبير أو خط مركزي، مع الحاجة إلى بلازما طازجة مجمدة والصفائح لتصحيح اعتلال التخثر ونقص الصفائح؛ على التوالي. تقلل المضادات الحيوية الوريدية من الاختلاطات الانتانية عند مرضى تليف الكبد في المستشفى.

التنظير مطلوب لتحديد نقطة النزيف، ويجب علاج دوالي المريء النازفة بربط بالشريط المريئي أو بالتصليب، أما الدم بالبالون فعال في الإرقاء على المدى القصير ويمكن استخدامه حتى يتم تدبير معالجات أكثر فعالية. يقلل Terlipressin أو octreotide من النزيف، يتم الاحتفاظ بعمليات التحويلة البابية الجهازية داخل الكبد عبر الوداجي أو الجراحة للمرضى الذين يستمر النزف لديهم رغم في التدابير المذكورة أعلاه.

بعد أن يستقر، يجب أن يطرح عليه أسئلة حول تناوله للكحول ويجب نصحه بالامتناع عن الكحول. تتكون معايير CAGE من أربعة أسئلة وتستخدم عادة كمسح للكحوليين:

- هل شعرت بالحاجة إلى تقليل الشرب (Cut down)؟
- هل سبق لك أن شعرت بالانزعاج من انتقاد الشرب (Annoyed)؟
- هل كان لديك مشاعر ذنب تجاه الشرب (Guilty)؟
- هل سبق لك أن تناولت الشراب منذ الصباح فوراً استيقاظك (Eye opener)؟

نقاط مفتاحية



- من غير المرجح أن يتوقف نزف الدوالي الحاد بشكل عفوي كالنزوف الهضمية العلوية الأخرى.
- استبيان CAGE مفيد كأداة مسح لإدمان الكحول.
- في بعض الاستطلاعات ارتبط الكحول مباشرة بحوالي 25% من القبولات المرضية الحادة.

■ القصة السريرية:

لاحظت ربة منزل عمرها 33 عاماً أنها أصبحت متعبة وتواجه صعوبة في التعامل مع الأمور مع طفليها 6 و4 سنوات، ذهبت لرؤية طبيبها العام لأنها تشعر بأنها قد تعاني من القلق والاكتئاب وتقول أنها شعرت بأنها أكثر عصبية وقلقا من المعتاد، نومها طبيعي، شهيتها طبيعية لكنها فقدت بعض الوزن. لوحظ تغير في شخصيتها من قبل زوجها والأصدقاء حيث تشعر بالقلق المستمر وتواجه صعوبة في التركيز على موضوع ما لفترة أطول من لحظات قليلة، تطور قلقها المتزايد خلال الأشهر الثلاثة الماضية، وقد لاحظت أيضاً زيادة في تكرار مرات التغوط وأصبح الطمث أخف وأقصر. إنها تشعر بالتعب الشديد وتعتقد أنها عرضة للتعرق أكثر من اللازم والمعتاد، لم تعاني من أي أمراض خطيرة في السابق، وهي غير مدخنة وتشرب 10 وحدات من الكحول في الأسبوع.

■ الفحص السريري:

تبدو مضطربة، يداها متعرقتان وترتجفان، نبضها 104 ومنتظم، ضغط الدم 70/130 ملم زئبق. تبدو عضلاتها القلبية ضعيفة بعض الشيء، لا توجد اضطرابات في القلب والأوعية الدموية أو الجهاز التنفسي أو البطن أو الجهاز العصبي. تم طلب استقصاءات من قبل طبيبها العام.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	13.3 g/dL	11.7-15.7 g/dL	
White cell counts	$4.7 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$246 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Sodium	142 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	4.6 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Bicarbonate	22 mmol/L	24-30 mmol/L	
Urea	5.2 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	78 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Glucose	4.2 mmol/L	4.0-6.0	
mmol/L Urinalysis: no blood; no protein			

■ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف يمكنك تدبير هذه الحالة؟

على الرغم من أن القلق قد يؤدي إلى ظهور بعض هذه الأعراض والعلامات، إلا أنها تتناسب بشكل أرجح مع تشخيص فرط نشاط الغدة الدرقية؛ يجب فحص العنق بلطف وفي هذه الحالة وجدت سلعة درقية ملساء بدون هريز فوقها، وأظهرت تحاليل الدم انخفاضاً شديداً في مستوى الهرمون المحفز لهرمون الغدة الدرقية (TSH) وارتفاع هرمون الغدة الدرقية الحر (T4) مما يؤكد تشخيص فرط نشاط الغدة الدرقية الناتج عن السلعة الدرقية السامة المنتشرة (داء جريف). قد يحاكي فرط نشاط الغدة الدرقية القلق العصابي حيث يتوافق مع تملل ملحوظ وتهيج وعدم تركيز، أكثر الأعراض التمييزية فائدة هي فقدان الوزن على الرغم من الشهية الطبيعية وتفضيل الطقس البارد، والعلامات الأكثر مساعدة هي تضخم الغدة الدرقية خاصة مع وجود هريز مسموع فوقها، أو تسرع القلب الجيبي على الراحة أو الرجفان الأذيني، والرجفان والعلامات العينية. تشمل العلامات العينية التي قد تكون موجودة تراجع الجفن (تشاهد الصلبة بوضوح أسفل الجفن العلوي)، تلكؤ الجفن، الجحوظ، وذمة الأجفان، احتقان الملتحمة والشلل العيني. تشمل المظاهر غير النموذجية للانسمام الدرقي الرجفان الأذيني عند المرضى الشباب، وفقدان الوزن غير المفسر، والاعتلال العضلي الداني أو حالة التخليط الشديدة، الضعف هنا يوحى بوجود اعتلال عضلي داني. يشير مستوى (TSH) المنخفض جداً إلى مرض بدئي في الغدة الدرقية وليس مرض ناجم عن الإفراط في إنتاج (TSH) من الغدة النخامية الأمامية والذي يكون أقل شيوعاً.

! الأسباب الشائعة لفرط نشاط الغدة الدرقية :

- السلعة السامة المنتشرة (داء جريف).
- السلعة العقيدية السامة: السلعة متعددة العقيدات (داء بلومر) / الورم الحميد السمي.
- الإفراط في إغاضة هرمون الغدة الدرقية.

يجب إرسال عينة دم للحصول على الغلوبولين المناعي المحفز للغدة الدرقية والذي يتم اكتشافه عند المصابين بداء جريف، ينطوي علاج الانسمام الدرقي على استخدام أدوية مضادة للغدة الدرقية مثل كاربيمازول أو بروبييل ثيوراسيل لمدة 12 - 18 شهراً، ولكن هناك احتمال لنكس المرض بنسبة 50 في المائة بعد إيقاف الأدوية، وإذا حدث النكس يستطب العلاج باليود المشع أو الجراحة، يمكن استخدام حاصرات بيتا لتحسين أعراض فرط الفعالية الودية بسرعة (اللانظميات والرجفان) ريثما تعمل الأدوية المضادة للغدة الدرقية، اليود المشع فعال ولكن هناك نسبة عالية لحدوث قصور لاحق في الغدة الدرقية.

تستطب الجراحة إذا فشل العلاج الدوائي أو إذا كانت السلعة كبيرة وتضغط على حلقات الرغامى، وفي الجحوظ الشديد حيث لهناك خطر تلف القرنية، وينبغي طلب استشارة عينية

حيث قد تكون هناك حاجة إلى جرعات عالية من الستيرويدات أو الخياطة الجانبية أو تخفيف الضغط ضمن الحجاج.

نقاط مفتاحية



- قد يكون من الصعب التمييز بين الانسمام الدرقي وحالة القلق؛ عند المرضى الأكبر سنا قد تكون أعراض الخفقان وضيق التنفس والوذمة أكثر وضوحا.
- الأسباب الأشيع لفرط نشاط الغدة الدرقيه هي داء جريفز أو السلعة العقيدية السمية.

■ القصة السريرية:

حضر رجل عمره 48 عامًا إلى قسم الإسعاف بسبب معاناته من ضعف في ساقه، أصيب قبل أربعة أسابيع بالتهاب المعدة والأمعاء واستمر 4-5 أيام، وقبل أربعة أيام من القبول كان لديه شعور بأن هناك شيئًا غير طبيعي في قدميه، وفي اليوم التالي لذلك الشعور بدأ يعاني من بعض الصعوبة في المشي وتقدم الأمر حتى الصعوبة في الوقوف الآن وأصبحت كلتا القدمين مؤلمة أيضًا خلال اليوم الأخير. ليس لديه اضطراب في التبول أو التغوط، وليس لديه سوابق مرضية مهمة، لا يدخن ولا يشرب الكحول ولا يتناول أي دواء، ويعمل في سوبر ماركت محلي.

■ الفحص السريري:

يبدو جيدًا لكنه قلق، معدل نبضه 102/دقيقة، وضغط الدم 94/152 ملم زئبق، لا ارتفاع في الضغط الوريدي الوداجي، فحص قلبه وجهازه التنفسي وأنظمة البطن طبيعية، يظهر الفحص العصبي (MRC) درجة ٥/٢ للقوة تحت ركبتيه وقوة 5/3 ل الورك، يوجد نقص في المقوية في ساقه، منعكسات الركبة والكاحل غائبة حتى مع التعزيز، هناك ضعف في الإحساس بوخز الدبوس حتى الركبتين وانخفاض في الإحساس بوضعية المفصل وبالاhtزاز في الكاحلين. الفحص العصبي لذراعيه طبيعي.

الاستقصاءات:

Initial hematology and biochemistry results are normal.
A lumbar puncture is performed with the following results:

		Normal
Cerebrospinal fluid (CSF): clear		
Pressure	170 mm CSF	<200 mm CSF
CSF protein	3.4 g/L	<0.4 g/L
CSF glucose	4 mmol/L	>70 per cent plasma glucose
Leucocytes	5/mL	<5/mL
Plasma glucose	4.5 mmol/L	4.0-6.0
mmol/L Gram stain: no organisms		

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- ما هي التشخيص التفريقية الرئيسية؟
- كيف يمكنك تدبير هذا المريض؟

السمة الأكثر بروزاً في التاريخ والفحص هي فقدان الطاقة، تشير المقوية الناقصة مع غياب المنعكسات إلى أفة عصبون محرك سفلي، مع اضطراب حسي أقل حدة ومستواه حوالي L/3؛ هذه هي الصورة السريرية النموذجية لمتلازمة **غيلان باريه** (اعتلال الأعصاب العديدة الالتهابي الحاد مجهول السبب). هذا الاضطراب هو اعتلال أعصاب متعددة يتطور عادة خلال 2-3 أسابيع وأسرع في بعض الأحيان. غالباً ما يتبع في التهاب المعدة والأمعاء بالعطيفة أو الانتانات الفيروسية، وتكون الحمى شائعة. يسبب في الغالب اعتلالاً عصبياً حركياً بتوزع دان أو قاص أو معمم، ومن الشائع حدوث تشوش الحس البعيد وفقدان الحس، تغيب المنعكسات في وقت مبكر، وقد يحدث شلل في الأعصاب القحفية والبصلية واصابة عضلات الجهاز التنفسي والتي قد تسبب قصور تنفسي. يتم التشخيص من الصورة السريرية ويمكن تأكيده من خلال فحص السائل الدماغي الشوكي ومن دراسات التوصيل العصبي عادة ما يرتفع بروتين السائل الدماغي الشوكي ولكن عدد الخلايا يكون طبيعياً، على الرغم من أنه قد يكون هناك كثرة لمفاوية خفيفة.

من المحتمل أن يكون هذا الاضطراب ناتجاً عن تفاعل فرط حساسية متأخر متوسط بالخلايا يسبب إزالة الميالين من المحاور بواسطة الخلايا وحيدة النواة.

التشخيص التفريقي للاعتلال العصبي الحركي:

- متلازمة غيلان باريه.
- التسمم بالرصاص.
- الخناق (الدفتريا).
- مرض شاركو - ماري - ثوث (الاعتلال العصبي الحسي الحركي الوراثي).
- شلل الأطفال.

يقترح الاعتلال العصبي الحاد كلاً من تشخيص:

- بعض الاعتلالات العصبية السامة
- الخناق (الدفتريا)
- التسمم الوشقي
- متلازمة غيلان باريه
- البورفيريا
- الخباثة

يجب إحالة هذا المريض إلى طبيب أعصاب لمزيد من الاستقصاء والتدبير. في هذا المريض الذي يعاني من ضعف وعلامات حسية من المهم التأكد من عدم وجود انضغاط في الحبل الشوكي أو تصلب متعدد؛ ولكنها تميل إلى التسبب في فرط المقوية وفرط المنعكسات ومستوى حسي أكثر تميزاً. يجب مراقبة وظيفة المريض التنفسية باستخدام قياس التنفس اليومي *spirometry* بجانب السرير وجهاز التهوية المؤقت غير الباضع، قد يكون الدعم أو التنبيب ضرورياً. الرعاية الداعمة هي أهم عنصر في العلاج، ويجب أن يعالج إما بتبديل

البلازما أو الغلوبولين المناعي الوريدي والتي سوف تسرع التعافي، يتعافى معظم المرضى على مدى عدة أسابيع.

نقاط مفتاحية



- تظهر متلازمة غيلان باريه في الغالب على شكل اعتلال عصبي حركي وعادة ما تكون الأعراض الحسية موجودة.
- غالبًا ما يكون هناك قصة للإصابة بمرض انتاني خلال الأسابيع الثلاثة السابقة، غالبًا هو العطيفة الصائمية.

☒ القصة السريرية:

تم قبول مسن عمره 85 عاماً في المستشفى بسبب سقوطه، حيث أصيب بجرح خفيف في الوجه. يتضح في سوابقه أنه تعرض لثمانية حوادث سقوط خلال الأشهر الثلاثة الماضية ويقول إن حالات السقوط حدثت في الصباح في معظم المرات وأحياناً في فترة ما بعد الظهر، لا يعتقد أنه فقد وعيه رغم أنه يتذكر الشعور بالدوار عند السقوط، ويقول إن السقوط لم يرتبط بأي ألم في الصدر أو خفقان القلب، ولا يتذكر التعثر أو أي سبب ميكانيكي آخر للسقوط، ويبدو أنه يعود إلى طبيعته في غضون دقائق قليلة، في مرتين أو ثلاث أصيبت ركبتيه عند سقوطه، وفي مرة أخرى ضرب رأسه. يعيش وحيداً، ولم يكن هناك شهود في أي من المرات.

يدخن خمس سجائر يوميا ولا يشرب الكحول، لديه سعال أحيانا مع بعض القشع الأبيض، ولكنه لا يتذكر ما إذا كان يسعل في وقت أي من مرات السقوط. تم تشخيص إصابته بارتفاع ضغط الدم في عيادة متابعة روتينية منذ 4 سنوات ويتلقى العلاج باستخدام مدر البول بندروفلوازيد ودوكسازوسين لهذا الغرض. تم فحص ضغط الدم في الجراحة ثلاث أو أربع مرات وقيل له أنه مضبوط بشكل جيد. وجد أنه يعاني من ارتفاع نسبة السكر الصيامي قبل 6 أشهر وتُصح باتباع نظام غذائي لمرضى السكري، لا يوجد قصة عائلية ذات صلة. كان يعمل ساعي بريد وتقاعد في عمر 70 عاماً.

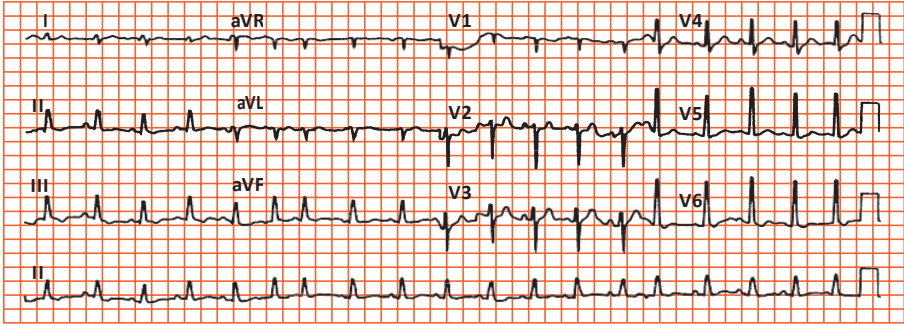
☒ الفحص السريري:

يبدو جيداً، نبضه 90/دقيقة وغير منتظم، ضغط الدم 84/134 ملم زئبق، أصوات القلب طبيعية، ولا يوجد أي شيء غير طبيعي عند فحص الجهاز التنفسي أو الجهاز الهضمي، لا توجد تغيرات مهمة لارتفاع ضغط الدم على قاع العين، في الفحص العصبي هناك فقدان بسيط للإحساس باللمس الخفيف في أصابع القدم، ولا يوجد أي اضطرابات أخرى.

الاستقصاءات:

	Normal	
Hemoglobin	13.8 g/dL	13.7-17.7 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	86 FL	80-99 FL
White cell counts	$6.9 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	138 mmol/L	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.2 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	4.6 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	69 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose (fasting)	6.5 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L

Results of an electrocardiogram are shown in Fig. 87.1.



الصورة 87.1: تخطيط القلب الكهربائي.

الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

هناك عدد من الاحتمالات لتفسير السقوط عند كبار السن لذا قد تكون بعض المعلومات الإضافية في القصة حول ظروف السقوط مفيدة. بعد مزيد من الاستفسار تبين أن السقوط غالباً ما يحدث عند النهوض من السرير لأول مرة في الصباح وحدثت المرات التي سقط فيها بعد الظهر عند نهوضه من الكرسي بعد نومه بعد الغداء؛ تشير هذه الظروف إلى تشخيص محتمل وهو انخفاض ضغط الدم الانتصابي؛ تم التحقق من ذلك من خلال قياس ضغط الدم أثناء الوقوف والاستلقاء - معايير التشخيص هي انخفاض بمقدار 15 ملم زئبقي عند الوقوف لمدة 3 دقائق، وظهر لدى المريض انخفاض ملحوظ في ضغط الدم من 84/134 إلى 68/104 ملم زئبقي. من المرجح أن يحدث هذا بسبب العلاج الخافض لضغط الدم، حيث قد يساهم كل من حاصرات ألفا (التي تسبب توسع الأوعية) ومدر البول في ذلك. هناك سبب آخر محتمل لانخفاض ضغط الدم الانتصابي وهو مرض السكري، والذي يمكن أن يرتبط بالاعتلال العصبي الذاتي، وفي حالة هذا المريض من غير المعروف أن مرض السكري كان موجوداً لفترة طويلة، وهناك دليل على وجود اعتلال عصبي حسي محيطي خفيف جداً فقط. عادة ما يرتبط الاعتلال العصبي الذاتي السكري باعتلال عصبي حسي محيطي شديد، مع أو بدون اعتلال عصبي حركي.

يُظهر تخطيط القلب دليلاً على مرض العقدة الجيبية الأذينية أو متلازمة العقدة الجيبية المريضة. يسهل الخلط سريريا بينه وبين الرجفان الأذيني بسبب عدم انتظام ضربات القلب والتباين في قوة النبضات، يُظهر مخطط القلب موجة P مع كل مركب QRS، على الرغم من أن الموجات P متغيرة في الشكل والتوقيت، قد يترافق مع نوب من بطء القلب أو اللانظميات والتي يمكن أن تسبب السقوط. ومن الممكن استقصاؤه بشكل أكبر من خلال التسجيل المتنقل لمدة 24 ساعة لتخطيط القلب.

يمكن أن تسبب نوب السعال السقوط من خلال غشي السعال، حيث يقوم الضغط الإيجابي داخل الصدر أثناء السعال بالحد من العود الوريدي إلى القلب، عادة ما يكون السعال واضحاً جداً ومن المتوقع أن يتذكر المريض ذلك لأنه يقدم وصفاً جيداً للسقوط، ويمكن أن يترافق الغشي بالتبول. تعد حركات الرقبة المرتبطة بالداء الفقري القاعدي وضعف البصر ومشاكل التوازن من الأسباب الشائعة الأخرى للسقوط لدى كبار السن. إن السبب العصبي مثل النوب الإفقرارية العابرة والصرع أقل احتمالاً بسبب عدم وجود أعراض سابقة وحدوث الشفاء بسرعة مع عودة الوعي بوضوح وعدم وجود علامات عصبية.

التشخيص الآخر الذي يجب تذكره عند سقوط كبار السن هو الورم الدموي تحت الجافية، قد تكون أعراضه متقلبة لذا يجب أخذ ذلك في الاعتبار واستبعاده بإجراء الطبقي المحوري للدماغ.

يجب إيقاف دوكسازوسين والبدء بعلاج آخر لارتفاع ضغط الدم إذا لزم الأمر، من الممكن استعمال حاصرات بيتا، أو حاصرات قنوات الكالسيوم طويلة المفعول أو مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (ACE)، على الرغم من أن كل هذه قد تسبب انخفاضاً انتصابياً في ضغط الدم.

اختفت جميع أعراض المريض عند سحب الدوكسازوسين؛ ارتفع ضغط الدم إلى 86/144 ملم زئبقي في وضعية الاستلقاء و84/142 ملم زئبقي في الوقوف، مما يشير إلى عدم وجود انخفاض كبير في ضغط الدم الانتصابي مع ضبط مقبول لضغط الدم.

نقاط مفاتيحية



- السقوط عند كبار السن من الأعراض التي تحتاج إلى تشخيص.
- انخفاض ضغط الدم الانتصابي هو أحد الآثار الجانبية الشائعة لمدرات البول أو موسعات الأوعية الدموية أو غيرها من العلاجات الخافضة للضغط. يجب قياس ضغط الدم أثناء الاستلقاء والوقوف في حالة الشك بذلك.
- يترافق الاعتلال العصبي الذاتي في مرض السكري باعتلال عصبي حسي محيطي كبير.

■ القصة السريرية:

تم إحضار امرأة عمرها 63 عامًا إلى الجراحة من قبل جارتها التي كانت تشعر بالقلق من كونها تبدو مريضة بشكل متزايد. عند الاستجواب المباشر قالت إنها شعرت بتعب المتزايد لمدة عامين تقريباً وتوقفت عن طعامها ولكن من غير الواضح إذا كانت قد فقدت أي وزن. تم تشخيص إصابتها بقصور الغدة الدرقية منذ 8 سنوات وكانت تتناول بديل هرمون الغدة الدرقية ولكن لم يتم فحص دمها منذ بضع سنوات، أما شكواها الأخرى فهي الحكة لمدة 2-3 أشهر بدون طفح جلدي، تقول إن فمها كان جافاً وبالسؤال عن عينيها قالت أنهما أيضاً مصابتان بالجفاف.

لم يكن هناك أي اضطراب في التبول أو التغوط على الرغم من أنها تعتقد أن بولها أصبح "قويًا" إلى حد ما في الأونة الأخيرة، مر 14 عامًا على انقطاع الطمث لديها، وهناك قصة عائلية لأمراض الغدة الدرقية والسكري. لا تدخن وتشرب كأسين من الخمر في نهاية كل أسبوع ولم يسبق لها أن شربت أكثر من هذا بانتظام. تتناول الباراسيتامول في بعض الأحيان لعلاج الصداع وليس لديها أي دواء منتظم سوى هرمون الغدة الدرقية وبعض أقراص الفيتامينات التي تشتريها من الصيدلية.

■ الفحص السريري:

تبدو الصلبة صفراء قليلاً، لديها لويحات صفراء حول العينين، وهناك بعض العلامات لتسلخات بسبب الخدش على ظهرها وأعلى ذراعيها، النبض 74/دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 76/128 ملم زئبق. لم يتم العثور على أي اضطرابات في الجهاز القلبي الوعائي أو التنفسي، الكبد غير واضح بفحص البطن ويمكن الشعور بالطحال على بعد 2 سم تحت الحافة الضلعية اليسرى.



الاستقصاءات:

		Normal
Sodium	142 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.2 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	5.6 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	84 μ mol/L	70-120 μ mol/L
Calcium	2.24 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L
Phosphate	1.09 mmol/L	0.8-1.45 mmol/L
Total bilirubin	84 mmol/L	3-17 mmol/L
Alkaline phosphatase	494 IU/L	30-300 IU/L
Alanine aminotransferase	63 IU/L	5-35 IU/L
Gamma-glutamyl transpeptidase	568 IU/L	11-51 IU/L
Thyroid-stimulating hormone	1.2 mU/L	0.3-6.0 mU/L
Cholesterol	7.8 mmol/L	<5.5 mmol/L
Fasting glucose	4.7 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
Antinuclear antibody:	+	
Antimitochondrial antibody:	+++	
Thyroid antibodies:	++	

الأسئلة:

- ما هو تفسيرك لهذه الموجودات؟
- ما هو التشخيص المحتمل، وكيف يمكن تأكيد ذلك؟

تظهر اختبارات وظائف الكبد افساداً في الغالب بسبب ارتفاع الفوسفاتاز القلوي وناقلة الببتيداز غاما غلوتاميل في حين أن الإنزيمات مرتفعة قليلاً فقط، إن الأعراض (التعب والحكة) والاستقصاءات هي مميزة لتشمع الكبد الصفراوي البدئي، وهي حالة غير شائعة تصيب بشكل رئيسي النساء في منتصف العمر، حيث يوجد في الكبد التهاب مزمن حول القنوات الصفراوية الصغيرة في السبيل الباطني. غالباً ما يكون الإرهاق عاملاً رئيسياً يمكن أن يضعف نوعية الحياة، وتحدث الحكة بسبب ارتفاع مستويات الأملاح الصفراوية، ويمكن مساعدتها عن طريق استخدام عامل ربط مثل الكوليستيرامين الذي يتداخل مع إعادة امتصاصها. إن فرط كوليسترول الدم واللويحات الصفراوية والصفرومات شائعة.

يعاني حوالي 25-50% من المرضى الذين تم تشخيصهم حديثاً من فرط تصبغ الجلد بسبب ترسب الميلانين وقد يحدث جفاف العين والفم كجزء من متلازمة الجفاف المرافقة. يعد وجود الأجسام المضادة للمتقدرات في الدم نموذجياً لتشمع الكبد الصفراوي البدئي حيث تم العثور على هذه الأجسام المضادة في 95% من الحالات.

قد يفسر قصور الغدة الدرقية بعض أعراض المريضة ولكن المستوى الطبيعي للهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH) يظهر أن جرعتهما الحالية البالغة 150 ميكروغرام من هرمون الغدة الدرقية مناسبة. تعكس الأجسام المضادة للغدة الدرقية مرض الغدة الدرقية المناعي الذاتي والذي يرتبط بحالات أخرى مرتبطة بالأضداد الذاتية مثل تشمع الكبد الصفراوي البدئي.

يتم تأكيد التشخيص بخزعة الكبد، ويتم ذلك فقط بعد التأكد بالموجات فوق الصوتية من عدم وجود انسداد في القنوات الصفراوية الأكبر. تساعد الموجات فوق الصوتية في استبعاد الأسباب الأخرى لليرقان الانسدادي، على الرغم من أن الصورة السريرية الموصوفة هنا نموذجية لتشمع الكبد الصفراوي البدئي.

من المعروف أنه لا يوجد علاج يؤثر على المسار السريري لهذه الحالة.

نقاط مفتاحية



- ينبغي النظر في تشخيص تشمع الكبد الصفراوي البدئي عند مريض شكايته الحكة غير المفسرة أو التعب أو اليرقان أو فقدان الوزن غير المفسر.
- الأعراض مثل الحكة لها تشخيص تفرقي واسع، والأفضل هو التعامل مع السبب الكامن قدر الإمكان قبل إعطاء العلاج العرضي.

القصة السريرية:

تم إدخال رجل عمره 40 عاماً إلى الطوارئ بعد أن عثرت عليه زوجته فاقداً للوعي في المنزل عند عودتها في المساء، يعاني من داء سكري معتمد على الأنسولين منذ مدة 24 عاماً وهو غير مضبوط بشكل جيد حيث يعاني من نوب متكررة لنقص سكر الدم وتم علاجه في قسم الطوارئ مرتين بسبب ذلك. خلال الأسابيع القليلة الماضية أصيب بألم في قدمه اليمنى وقام طبيبه العام بتشخيص التهاب النسيج الخلوي، وتلقى دورتين من المضادات الحيوية الفموية مما جعله يشعر بالإعياء بعد ذلك وشكا لزوجته التعب وفقدان الشهية والعطش. في سوابقه المرضية أيضاً أنه أصيب باحتشاء عضلة القلب منذ عامين، وخضع للعلاج بالليزر الثنائي لاعتلال الشبكية السكري التكاثري. كان عامل بناء ولكنه الآن عاطل عن العمل، يدخن 25 سيجارة في الأسبوع ويشرب حوالي 30 وحدة من الكحول في الأسبوع، علاجه هو الأنسولين مرتين يومياً ويقوم بفحص نسبة السكر في المنزل بشكل غير منتظم.

الفحص السريري:

يبدو متحفظاً مع نقص مرونة الجلد وضعف عود الامتلاء الشعري، نبضه منتظم 116/دقيقة، ضغط الدم 72/98 ملمز في وضعية الاستلقاء و50/74 ملمز في الجلوس، تبدو عليه الزلة التنفسية بمعدل تنفس 30/دقيقة، عدا ذلك فإن الفحص التنفسي والبطن طبيعي، لديه قرحة في الإصبع الثالث من قدمه اليمنى وتبدو القدم حمراء ودافئة، يستجيب بالاستيقاظ للمنبهات المؤلمة فقط، لا يوجد علامات عصبية بؤرية، أظهر فحص قعر العين وجود ندبات علاج بالليزر ثنائية الجانب.

الاستقصاءات:		
	Normal	
Hemoglobin	15.2 g/dL	11.7-15.7 g/dL
White cell counts	16.3 × 10 ⁹ /L	3.5-11.0 × 10 ⁹ /L
Platelets	344 × 10 ⁹ /L	150-440 × 10 ⁹ /L
Sodium	143 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	5.5 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Chloride	105 mmol/L	95-105 mmol/L
Urea	11.3 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	114 µmol/L	70-120 µmol/L
Bicarbonate	12 mmol/L	24-30 mmol/L
Urinalysis:	++ protein; ++ ketones; +++ glucose	
Blood gases on air		
pH	7.27	7.38-7.44
PaCO ₂	3.0 kPa	4.7-6.0 kPa
PaO ₂	13.4 kPa	12.0-14.5 kPa

الأسئلة:

- ما هو سبب سبات هذا الرجل؟
- كيف يمكنك تدبير هذه الحالة؟

لدى هذا الرجل علامات تجفاف ويتوافق مع ذلك ارتفاع اليوريا مع بقاء الكرياتينين طبيعي، كما أن لديه حماض، ولم يتم تحديد مستوى السكر في الدم لكن من المرجح أن تتماشى هذه الحالة مع سبات فرط سكر الدم الكيتوني الحمضي. المظاهر السريرية الرئيسية بالفحص هي التجفاف الذي يظهر بالجلد وانخفاض ضغط الدم الانتصابي الكبير وفرط التهوية الثانوي للحماض الاستقلابي والبؤرة المسببة للإنتان في القدم. إن ارتفاع مستوى السكر المستمر الناجم عن الاستجابة لقرحة القدم المخموجة يسبب بيلة سكرية شديدة مما يؤدي إلى إدرار البول التناضحى وهذا يسبب نقص حجم الدم ثم انخفاض الجريان الكلوي وبالتالي ارتفاع يوريا قبل كلوي. إن فرط الأسمولية خارج الخلية يسبب جفاف خلوي شديد فيؤدي فقدان الماء من خلايا الدماغ حدوث السبات. إن انخفاض عمل الأنسولين مع نقص السكر داخل الخلايا يحفز تحلل الدهون وإنتاجها للأحماض الكيتونية. لدى المريض حماض استقلابي مرتفع الفجوة (فجوة الصواعد) بسبب تراكم الأحماض الكيتونية (الأسيتواسيتات و3-هيدروكسي بوترات). يتم حساب فجوة الصواعد من المعادلة التالية:

$$[Na+] + [K+] - ([Cl-] + [HCO3-])$$

القيمة الطبيعية هي بين 10-18 مليمول/لتر؛ أما في هذه الحالة كانت النتيجة 31.5 مليمول / لتر. تسبب الكيتونات رائحة مميزة في أنفاس المرضى الذين يعانون من الحماض الكيتوني السكري (حوالي 20 بالمائة من الناس لا يستطيعون شم رائحة الكيتونات). إن الحماض الاستقلابي يحفز مركز التنفس مما يؤدي إلى زيادة في معدل وعمق التنفس (تنفس كوسمول) ويسبب تخفيض PaCO₂ كمعوضة تنفسية للحماض. عند مرضى السكري كبار السن غالباً ما يكون هناك دليل على الانتان (مثل ذات الرئة والقصبات أو القرحة السكرية المصابة بالإنتان) وهذا يعجل حدوث الاضطراب الاستقلابي.

يشمل التشخيص التفريقي للسبات لدى مرضى السكري غيبوبة فرط سكر الدم غير الكيتونية وخاصة عند مرضى السكر المسنين، الحماض اللبني وخاصة عند من يتناولون الميتفورمين، نقص سكر الدم الشديد، والأسباب غير الاستقلابية للغيبوبة (مثل الحوادث الوعائية الدماغية والجرعة الزائدة من الأدوية). قد يسبب التسمم بالساليسيلات ارتفاع السكر في الدم وفرط التهوية والسبات؛ ولكن الحالة الاستقلابية عادة ما تكون قلاء تنفسي واضح مع حماض استقلابي خفيف.

يهدف التدبير العلاجي إلى تصحيح الفقد الكبير في السوائل والشوارد وفرط سكر الدم والحماض الاستقلابي. يجب الإغاضة السريعة للسوائل بمحلول ملحي نظامي وريدي والبدء بمكملات البوتاسيوم، ويجب معرفة الضغط الوريدي المركزي CVP عند مرضى القلب والكلى للتحكم في توازن السوائل بشكل دقيق، ومن الضروري مراقبة البوتاسيوم المصلي بشكل منتظم لأنه قد ينخفض بسرعة كبيرة مع دخول السكر إلى الخلايا، يتم العلاج بالأنسولين عن طريق التسريب الوريدي ويتم ضبط الجرعة وفقاً لمستويات السكر في الدم، يجب وضع أنبوب أنفي معدي لمنع استنشاق محتويات المعدة، ويلزم قسطرة المثانة لقياس نتاج البول، ويجب إعطاء الصادات الحيوية والعناية الموضعية بالجروح وعلاج قرحة

القدم لدى هذا الرجل. من المهم على المدى الطويل أن يتم تثقيف هذا المريض وزوجته مرض السكري لديه، وأن لديه إمكانية الوصول بانتظام إلى خدمات مرضى السكري، يحتاج أيضاً إلى معالجة تخزينه واستهلاك الكحول، وقد تكون هناك قضايا اجتماعية يجب أخذها في الاعتبار علاقته بالبطالة.

نقاط مفتاحية



- التجفاف وتسرع التنفس والكيوتوزية هي العلامات السريرية الرئيسية للحمض الكيتوني السكري.
- 20% من السكان (وبالتالي الأطباء) لا يستطيعون شم رائحة الكيتونات.

القصة السريرية:

أرمل عمره 69 عامًا كان يدخن 20 سيجارة يوميًا لأكثر من 40 سنة ثم توقف عن ذلك منذ 9 أشهر عندما ولد حفيده الأول. يعاني من سعال منتج للقشع يوميًا على مدار 20 عامًا الماضية، كما أصيب بضيق في التنفس خلال السنوات الثلاث الماضية، يسعل القليل من القشع الأبيض أو الأصفر كل صباح، وازداد وزنه مؤخرًا ويبلغ وزنه الآن 100 كجم.

أصبح كاحلاه منتفخين مؤخرًا وانخفضت قدرته على تحمل التمارين، ولم يعد بإمكانه حمل مشترياته من السوق الذي يبعد مسافة 180 مترًا (200 ياردة). كان يعمل أمين مخزن حتى بلغ 65 عامًا وأصيب بالإحباط بسبب عدم قدرته على القيام بما كان يفعله من قبل، وغير قادر على رعاية حفيده لأنه يشعر بضيق شديد في التنفس. لا يوجد قصة مرضية أو عائلية أخرى. يعيش بمفرده ولديه قطة وبيغاء في منزله، وقد أعطاه طبيبه العام جهاز استنشاق بالجرعات المضبوطة من السالبوتامول لكنه لم يحدث أي تحسن في أعراضه.

الفحص السريري:

لديه زيادة في الوزن، مع زرقة مركزية ومحيطية ولديه وذمة انطباعية خفيفة في كاحليه، ضغط الوريد الوداجي مرتفع بمقدار 3 سم، يوجد ضعف في تمدد الصدر وبعض الخراخر الشهيقية المبكرة في قاعدتي الرئتين.



الاستقصاءات:

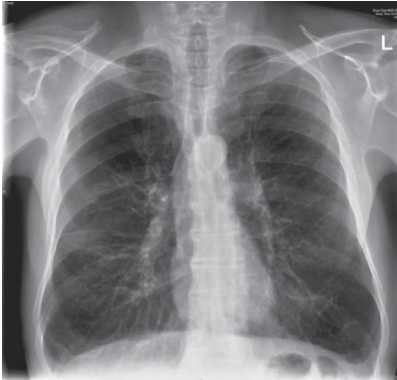
Respiratory function test results are shown:

	Actual	Predicted
FEV ₁ (L)	0.55	2.8-3.6
FVC (L)	1.35	3.8-4.6
FER (FEV ₁ /FVC) (%)	41	72-80
PEF (L/min)	90	310-440

FEV₁: forced expiratory volume in 1 s; FVC, forced vital capacity; FER, forced expiratory ratio; PEF, peak expiratory flow

الأسئلة:

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هو التدبير المناسب؟



الصورة 90.1: صورة بسيطة للصدر.

التشخيص الأكثر احتمالاً هو الداء الانسدادي الرئوي المزمن (COPD). تشير العلامات السريرية والأشعة السينية للصدر إلى فرط تهوية، وتعتبر الخراخر الشهيقية المبكرة نموذجية لهذا المرض.

يجب متابعة العلاج باستخدام موسعات القصبات مع النظر في تأثير منبهات b2 والعوامل المضادة للكولين، والحكم على التأثير من خلال أعراض المريض وتحمل التمارين بدلاً من مقياس التنفس. قد يكون الثيوفيلين مفيداً في بعض الأحيان كعلاج في الخط الثالث ولكن له آثار جانبية عديدة.

مع هذه الدرجة من الشدة، قد تكون الستيروئيدات القشرية الإنشائية وموسعات القصبات طويلة المفعول (السالميتيرول / فورموتيرول أو تيوتروبيوم) علاجاً انشاقياً مناسباً، ويجب تجنب إيلاء اهتمام حذر ودقيق لتقنية الاستنشاق.

المريض مزرق ولديه علامات قصور القلب الأيمن (القلب الرئوي)؛ لذا يجب فحص غازات الدم لمعرفة ما إذا كان مرشحاً للعلاج بالأكسجين المنزلي على المدى الطويل (المعروف بتحسين البقاء إذا بقي ضغط الأكسجين الشرياني (pao2) في هواء التنفس المستقر أقل من 7.2 كيلو باسكال). قد يساعد إدرار البول الخفيف في علاج الوذمة، على الرغم من أن الأكسجين هو الحل الأفضل إذا كان يعاني من نقص الأكسجة الواضح. وينبغي التوصية باللقاح السنوي ضد الأنفلونزا والمكورات العنقودية الرئوية. قد يتم الاحتفاظ بالمضادات الحيوية في المنزل للهجمات الانتانية.

ستتخفض القدرة على تحمل التمارين الرياضية بسبب البدانة وقلة استخدام العضلات؛ ويجب البدء بنظام غذائي لخفض الوزن. إذا كان لديه الدافع لمواصلة التمارين الرياضية فقد تبين أن برنامج إعادة التأهيل الرئوي يزيد من القدرة على تحمل التمارين بنسبة 20% تقريباً ويحسن نوعية الحياة. قد يتم النظر في تدخلات أخرى أكثر غزواً مثل جراحة تصغير الرئة أو زرع الرئة للمرضى الأصغر سناً. غالباً ما يرافق الاكتئاب ضعف تحمل الجهد والعزلة الاجتماعية، ويجب أخذ ذلك في الاعتبار.

غالباً ما يُنظر إلى مرض الانسداد الرئوي المزمن على أنه حالة لا يقدم لها العلاج الكثير. ومع ذلك، فإن اتباع نهج قوي مصمم خصيصاً لتلبية احتياجات المريض الفردي يمكن أن يوفر فائدة جديرة بالاهتمام.

نقاط مفتاحية



- في مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)، تنتج منبهات $\beta 2$ والعوامل المضادة للكولين استجابة مماثلة أو أكثر من مضادات الكولين، وقد المشاركة مفيدة. في المقابل تنتج منبهات $\beta 2$ تأثيرًا أكبر في الربو.
- ينبغي إجراء تقييم للأكسجين المنزلي في الحالات المستقرة بالعلاج الانشافي المثالي.
- تعتبر ممارسة الرياضة والنظام الغذائي عنصرين مهمين في تدبير مرض الانسداد الرئوي المزمن.
- الاكتئاب شائع في الأمراض المزمنة مثل مرض الانسداد الرئوي المزمن.

☒ القصة السريرية:

يعاني رجل عمره 66 عامًا من خدر في القدمين في الأشهر القليلة الماضية، يشعر كما لو كان يرتدي جوارب سميكة وقدماه تحترقان أثناء الليل، وقد جرح قدمه مؤخرًا أثناء سيره حافي القدمين في الحديقة الخلفية ولم يشعر بأي ألم. كما أنه يشعر بالعطش أكثر من المعتاد ويشرب المشروبات الغازية ليروي عطشه.

خضع لإصلاح فتق إربي منذ عامين وتوقف عن التدخين بعد ذلك بناءً على نصيحة طبيب التخدير (كان يدخن في السابق 20 سيجارة يوميًا)، يشرب أربعة مكاييل من البيرة في عطلة نهاية الأسبوع. توفي والده بسبب احتشاء عضلة القلب بعمر 58 عامًا.

☒ الفحص السريري:

ضغط دمه 84/136 ملم زئبق، فحص التنفس والقلب والأوعية الدموية والبطن طبيعي، توجد منطقة متفرحة بحجم 3 سم مع حافة محددة جيدًا على ظهر القدم اليمنى، نبض كل من الظنبوبي الخلفي وظهر القدم مجسوس، زمن عودة الامتلاء الشعري 2 ثانية، يكشف الفحص العصبي عن فقد حس اللمس الخفيف والاهتزاز والألم في الكاحلين، القوة في القدمين والساقين واليدين طبيعية، منعكس الكاحل غائبة في الجانبين، الأخصيان بالانعطاف، يوجد غياب خفيف لحس الوخز في اليدين، وباقي الفحص العصبي طبيعي.



الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	14.3 g/dL	13.7-17.7 g/dL
White cell counts	$7.4 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Neutrophils	$4.6 \times 10^9/L$	$1.8-7.7 \times 10^9/L$
Lymphocytes	$2.5 \times 10^9/L$	$0.6-4.8 \times 10^9/L$
Platelets	$372 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	140 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	4.0 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	5.1 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	89 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Glucose	12.4 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L
HbA _{1c}	9.1%	<7%

☒ السؤال:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

يشير توزع القفاز والجوارب (فقدان الحس مع الحفاظ على القوة الحركية) إلى وجود اعتلال عصبي حسي محيطي. تم سرد أسباب الاعتلال العصبي المحيطي في الجدول 91.1. تشير نسبة HbA1c المرتفعة إلى الداء السكري وارتفاع سكر الدم لفترة طويلة.

قد يكون الاعتلال العصبي المحيطي هو العلامة الأولى للداء السكري من النمط الثاني، في البداية يمكن أن يكون فقدان الحس خفيًا، عادةً مع فقدان منعكس الكاحل والاهتزاز في القدمين. يمكن الكشف عن الاعتلال العصبي تحت السريري باستخدام الشريط الدقيق (monofilament) ومع تقدم الاعتلال العصبي يفقد الإحساس بالوخز بالإبر وقد تصاب اليدين، وفي مراحل لاحقة يمكن أن يحدث تشوه في القدم؛ حيث يحدث مفصل شاركو (الاعتلال العصبي) نتيجة إصابة المفصل المتكررة بسبب فقدان الإحساس بالألم. قد يؤدي الاعتلال العصبي السكري إلى رضوض غير معروفة للجلد والتي بعد ذلك تشفى بشكل سيئ. غالبًا ما يترافق وجود الاعتلال العصبي السكري مع الداء الوعائي المحيطي مما قد يسبب الغرغرينا.

يجب أن تشمل الاستقصاءات الإضافية لهذا المريض مستوى فيتامين ب 12 وحمض الفوليك ووظيفة الغدة الدرقية و ESR والرحلان الكهربائي للبروتينات و ANCA و ANA. يمكن ان تؤخذ الاختبارات الجينية للاعتلال العصبي الوراثي أو مستوى الرصاص في الاعتبار عند الشك بهذه الحالات. يجب أن يكون تعاطي الكحول واضحًا من القصة ولكن يمكن استخدام انخفاض مستوى الكيتولاز في خلايا الدم الحمراء لتأكيد نقص فيتامين ب 1 (الثيامين). في الاعتلال العصبي السكري نادرًا ما تكون هناك حاجة لدراسات التوصيل العصبي، ولكنها مفيدة لاستبعاد الاعتلال العصبي الانضغاطي مثل متلازمة النفق الرسغي.

يعد وجود الداء الوعائي المحيطي أمرًا شائعًا في مرض السكري ويجب أن يجرى قياس الضغط العضدي الكاحلي في حال غياب النبض في الطرف السفلي، وتشير القيمة الأقل من 0.97 إلى مرض شرياني. إن تطور إحدى مضاعفات مرض السكري يجب أن يدفع إلى البحث عن مضاعفات أخرى: اعتلال الشبكية السكري واعتلال الكلية، وأمراض الأوعية الكليلية والسباتية.

أسباب الاعتلال العصبي المحيطي:

- السكري .
- السرطان.
- الأمراض الحرجة.
- الأدوية (بما في ذلك الأميودارون، والسيسلاتين، والأيزونيازيد، والميترونيدازول، والنيتروفورانتينون، والفينكريستين).
- السموم (الكحول والزرنيخ والرصاص والثاليوم).
- الوراثة (مرض شاركو-ماري-توت، مرض فابري، رنج فريدريش).
- نقص الفيتامينات (فيتامين ب 1-ثيامين، فيتامين ب 3-النياسين، فيتامين ب 6-بيريدوكسين، فيتامين ب 12-سيانوكوبالامين).
- يوريميا.
- مرض الكبد المزمن.
- فيروس العوز المناعي البشري.
- اللمفوما.
- النقيوم المتعدد.
- الاعتلال الغامائي الحميد وحيد النسيلة.
- الداء النشواني الجهازى البدئي.

يشمل علاج الداء السكري من النمط 2 النصائح الغذائية وخافضات السكر الدم الفموية وربما الأنسولين؛ الهدف أن تكون نسبة HbA1c أقل من 7.5%. إن التحكم في نسبة السكر في الدم يمكن أن يبطئ تطور الاعتلال العصبي السكري. تعد الوقاية من تقرحات القدم السكرية أمرًا ضروريًا ويجب أن تشمل استخدام أذية مريحة، وتجنب المشي حافياً، وفحص القدم بانتظام والعلاج الفوري لالتهابات الأظافر. قد يستفيد الاعتلال العصبي السكري المؤلم من الأميتريبتيلين أو الجابابنتين أو كريم الكابيسيسين الموضعي، وقد تكون هناك حاجة إلى المضادات الحيوية والضمادات المتخصصة في حالة ظهور تقرحات القدم. يعد الاتصال الكامل لتخفيف الضغط على القدم مفيداً لقرحة الاعتلال العصبي. التهاب العظم والنقي شائع في القرحات العميقة، والاستقصاء المختار لكشفه هو الرنين المغناطيسي.

إن المتابعة المنتظمة لمرضى الداء السكري من النمط 2 للوقاية من أذية القدم يجب أن تشمل على الفحص العصبي الوعائي لكلا القدمين واختبار الاعتلال العصبي المحيطي باستخدام الخيوط الرفيعة.

نقاط مفتاحية



- قد يكون الاعتلال العصبي المحيطي هو العرض الأول لمرض السكري من النمط الثاني.
- تكون أقدام مرضى السكري معرضة للخطر بشكل خاص؛ بسبب فقدان الحس وعدم كفاية التروية الشريانية وارتفاع السكر.

الحالة ٩٢: رجل سليم؟

القصة السريرية:

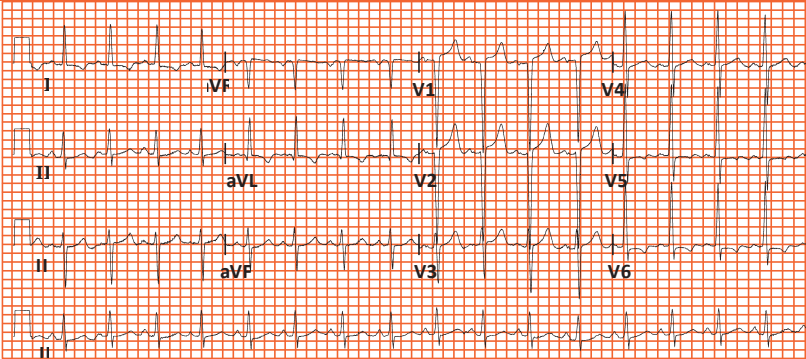
رجل عمره 50 عامًا يقوم بإجراء فحص صحي كجزء من طلب تأمين الحياة. ليس لديه أي أعراض ويدخن 15 سيجارة في اليوم ويشرب 10 وحدات من الكحول في الأسبوع، في القصة العائلية توفي والده بسبب نوبة قلبية في سن 56 عام.

الفحص السريري:

وزنه 84 كجم وطوله 1.6 متر (5 قدم و8 بوصات)، ضغط الدم 98/164 مم زئبق، ما تبقى من الفحص السريري طبيعي.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	15.2 g/dL	13.3-17.7 g/dL
White cell counts	$10.0 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Platelets	$287 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
Sodium	139 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Urea	4.3 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L
Creatinine	88 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$
Cholesterol	5.0 mmol/L	<5.5 mmol/L
Triglyceride	1.30 mmol/L	0.55-1.90
mmol/L Very low-density lipoprotein (VLDL)	0.44 mmol/L	0.12-0.65
mmol/L Low-density lipoprotein (LDL)	3.1 mmol/L	1.6-4.4
mmol/L High-density lipoprotein (HDL)	1.9 mmol/L	0.9-1.9 mmol/L



الصورة 92.1: تخطيط القلب الكهربائي.

الأسئلة:

- ما هو التدبير الملائم؟

يظهر تخطيط القلب الكهربائي تضخم البطين الأيسر (المجموع الجبري لطول موجة R في V5 وموجة S في V1 أكبر من 35 ملم) على الرغم من أن القراءة الواحدة لا تشخص ارتفاع الضغط، إلا أن التضخم يرجح أن يكون ضغط الدم مرتفع دائماً وليس من تأثير ما يسمى متلازمة المعطف الأبيض. يجب تكرار قراءات ضغط الدم أو إجراء مراقبة لضغط الدم على مدار 24 ساعة قبل بدء العلاج ويُعتبر مشخص بناءً على مراقبة ضغط الدم بمتوسط يتجاوز 85/130 على مدار 24 ساعة، مع متوسط نهاري يتجاوز 90/140 ومتوسط ليلي يتجاوز 75/125.

تتعلق خطورة الداء الوعائي بوجود عوامل خطر أخرى. مؤشر كتلة الجسم هو 28، مما يشير إلى أنه يعاني من زيادة في الوزن، وهو مدخن ولديه قصة عائلية إيجابية للأمراض القلبية الوعائية. يمكن استخدام جداول مثل جدول شيفيلد لحساب الخطورة القلبية الوعائية.

السؤال الآخر هو ما إذا كان هناك سبب لارتفاع ضغط الدم؛ إن حوالي 85% من الحالات مجهولة السبب، ومعظم الحالات الثانوية مرتبطة بأمراض الكلى أما هنا فوظيفة الكلى طبيعية، ويطرافق عدد من الأسباب الهرمونية (متلازمة كوشينغ، متلازمة كون) بنقص مستوى البوتاسيوم في الدم. إذا كان من الصعب السيطرة على ضغط الدم فيجب النظر في الأسباب الثانوية مثل تضيق الشريان الكلوي وإجراء الاستقصاءات المطلوبة مثل الأمواج فوق الصوتية للكلى أو تقنية لتصوير الشرايين الكلوية مثل التصوير بالرنين المغناطيسي أو التصوير الشعاعي بالتفريق الرقمي، كما أن انقطاع التنفس أثناء النوم يمكن أن يسبب ارتفاع ضغط الدم المعند.

إن الكولسترول في مستوى يستدعي العلاج إذا كان هناك دليل على وجود أمراض الأوعية الدموية. يجب أن يتم ضبط ارتفاع ضغط الدم وفقاً للمبادئ التوجيهية الحالية، والتي توصي بالبدء بمثبط محول الأنجيوتنسين (ACEI) في حالة المريض الذي يقل عمره عن 55 عاماً.

نقاط مفتاحية



- يجب إعادة قياس ضغط الدم المرتفع لعدة أسابيع.
- يجب مراعاة جميع العوامل المرتبطة بالخطورة عند تقييم المخاطر القلبية وتخطيط العلاج.
- معظم حالات ارتفاع ضغط الدم لا يكون لها مسبب واضح.

■ القصة السريرية:

تم إحضار مسن عمره 79 عامًا من قبل ابنته إلى الطبيب العام، تقول إنه يشعر بالتعب الشديد وفقد الاهتمام بالحياة، وأنه مضطرب بشكل عام منذ 5-6 أسابيع وتعتقد أنه فقد بضع كيلوجرامات من الوزن خلال هذا الوقت ولكنه لا يزن نفسه بانتظام. يقول إنه شعر بتحدد الجهود بسبب التعب منذ عام تقريباً وعندما حاول فعل المزيد من النشاط في بعض الأحيان، كان يشعر بالضيق في صدره. ليس هناك سوابق مرضية مهمة، يدخل 20 سيجارة يوميًا ويشرب قارورة أو اثنتين من مشروب Guinness كل يوم سبت وأحد، لا يتناول أي أدوية منتظمة، يتناول فقط باراسيتامول أحياناً. باستعراض بقية الأجهزة يقول إنه فقد الشهية خلال الشهر الأخير ونومه أصبح مضطرب بسبب التبول الليلي أحياناً، وشعر بتعرق أثناء الليل في 2-3 مرات خلال الأسابيع القليلة الماضية.

لا يوجد قصة عائلية ذات صلة. إنه صاحب متجر متقاعد ويحافظ عادةً على لياقة بدنية جيدة من خلال المشي مع كلبه.

■ الفحص السريري:

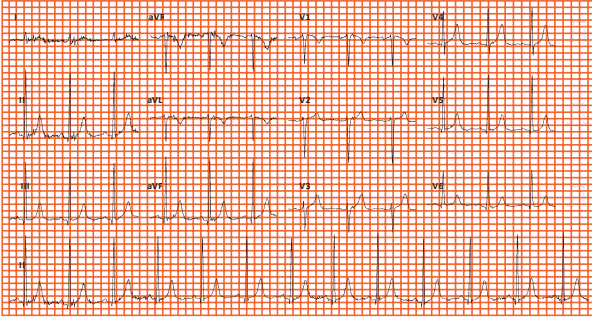
نبضه 70 ضربة/الدقيقة، ضغط الدم 66/110 ملمز، لا تنفرط في الأصابع ولكن توجد بقع للقطران على أصابع وأظافر اليد اليمنى، ضغط الوريد الوداجي ليس مرتفعاً، ضربة القمة منزاحة بمسافة 2 سم عن خط منتصف الترقوة، بإصغاء القلب يوجد نفخة انقباضية من الدرجة 6/3 تمتد إلى شرايين العنق وتوجد نفخة انبساطية مبكرة ناعمة مسموعة في الجزء السفلي الأيسر لحافة القص، لا يوجد أي شذوذ في البطن أو الجهاز العصبي، بدا البول صافياً لكن اختبار الشريط الروتيني أظهر وجود آثار دم وبالفحص المجهرى وجدت بعض الكريات الحمراء. تظهر صورة الصدر البسيطة ضخامة خفيفة في القلب.



الاستقصاءات:

	Normal	
Hemoglobin	10.7 g/dL	13.3-17.7
g/dL Mean corpuscular volume (MCV)	88 FL	80-99 FL
White cell counts	$12.2 \times 10^9/L$	$3.9-10.6 \times 10^9/L$
Neutrophils	$10.5 \times 10^9/L$	$1.8-7.7 \times 10^9/L$
Lymphocytes	$1.5 \times 10^9/L$	$0.6-4.8 \times 10^9/L$
Platelets	$287 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$
$10^9/L$ Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	68 mm in 1 h	<20 mm in 1 h

The electrocardiogram (ECG) is shown in Figure 93.1.



الصورة 93.1: تخطيط القلب الكهربائي.

الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ماهي الاستقصاءات المستطبة؟

هذا الرجل البالغ من العمر 79 عامًا لديه سمات سريرية لتضيق وقصور الصمام الأبهري. تعبر النفخات عن داء أبهر مختلط (قصور مع تضيق) ويظهر التخطيط الكهربائي للقلب تضخم البطين الأيسر (مجموع الموجات السالبة في المسرى الصدري الأول والموجات الموجبة في المسرى الصدري الخامس أو الثاني والسادس أكبر من 35 ملم) مما يعني أنه وجود فرط حمل ضغطي مهم بسبب تضيق الصمام الأبهري. إن الموجودات (الداء الأبهري المختلط والبييلة الدموية المجهريّة والتعب والحمى - مع احتمالية وجود تعرق ليلي-) تجعل التشخيص المرجح هو التهاب الشغاف الإنتاني، والذي يتماشى أيضا مع نتائج تحاليل الدم التي تظهر فقر دم سوي الكريات وارتفاع تعداد العدلات وارتفاع سرعة التثقل. عند كبار السن قد يكون التهاب الشغاف الانتاني مرضًا خطيرا ويجب التفكير به عند أي مريض لديه نفخة قلبية مع حمى مع تغير آخر في الاعراض والعلامات القلبية. عادة ما تكون الموجودات الوصفية الأخرى غائبة (ضخامة الطحال والنزوف الشظوية وتبقرط الأصابع وعقد أوسلر وبقع روث). و قد لا تكون العوامل التي تسبب المرض واضحة في القصة؛ مثل علاج الأسنان أو مصادر أخرى لتجرثم الدم.

إن ربط جميع العلامات بتشخيص واحد يعتبر أمرا صعبا، إلا أن العلامات تشير إلى وجود مرض في الصمام الأبهري ويجب دائما اعتبار التهاب الشغاف الانتاني محتملا عند وجود حمى أو أي دليل آخر على انتان مع وجود مشكلة في الصمام، على الرغم من ان الانتانات الأخرى غير المرتبطة بمرض الصمام أكثر شيوعاً. هناك احتمال لانتانات أخرى مثل السل أو الخراجات أو قد يوجد لمفوما أو خبائة أخرى مستبطنة.

الاستقصاءات الأكثر أهمية:

- زرع الدم قبل البدء بأي صاد حيوي، في حالة هذا المريض أظهرت ثلاث زروع نمو للجرثومة *Streptococcus viridans*.
- إيكو القلب؛ والذي أظهر صمام أبهري ثخين ثنائي الشرف (تشوه خلقي شائع يؤدي لاضطراب مهم في وظيفة الصمام في منتصف و آخر العمر)، يمكن مشاهدة التنتبات بالإيكو عبر الصدر إذا كانت كبيرة ولكن الإيكو عبر المري أكثر حساسية لتحديد وجود التنتبات على الصمامات ويعتمد ذلك في النهاية على الطبيب والمريض.

أدى العلاج بالبنزيل بنسلين والجنتاميسين الوريدي لمدة أسبوعين متبوعاً بالأموكسيسيلين الفموي إلى زوال الحمى مع عدم وجود تدهور هيموديناميكي أو تغيير في نفخات مرض الصمام الأبهري المختلط. وينبغي استشارة طبيب الأحياء الدقيقة حول الصادات الحيوية المناسبة والمدة.

بعد علاج التهاب الشغاف، يجب أن تؤخذ أعراض الألم والتعب عند بذل الجهود في الاعتبار لمعرفة ما إذا كانت هناك حاجة لجراحة الصمامات. قبل ذلك، كان من الضروري

فحص الشرايين الاكليلية عن طريق تصوير الأوعية لمعرفة ما إذا كانت هناك حاجة إلى جراحة الشريان الاكليلي لدى مريض في هذا العمر.

نقاط مفتاحية



- إن الأعراض التي تظهر على الجهد في حالة اضطراب الصمام الأبهري تشير إلى ضرورة النظر في إجراء جراحة للصمام.
- في التهاب الشغاف الانتاني من غير المعتاد أن يكون لديك العديد من العلامات السريرية التقليدية وخاصة عند كبار السن؛ حيث قد يتجلى بشكل عام بشعور غير نوعي بالتعب.

■ القصة السريرية:

تم قبول امرأة مسنة عمرها 70 عامًا في المستشفى بسبب بدء حاد لألم بطني بدأ فجأة قبل 24 ساعة من دخول المستشفى ومستمر منذ ذلك الحين، ثابت في منتصف البطن، وتقيأت بقايا طعامية لمرة واحدة.

لديها قصة خناق صدر عرضي على الجهود منذ 5 سنوات، لديها بخاخ نتروغليسيرين ثلاثي النترات لكنها لم تكن بحاجة إليه خلال الأشهر الثلاثة الماضية، في العام الماضي تبين أن لديها رجفان أذيني بمعدل 120 دقيقة في الدقيقة وبدأت في تناول الديجوكسين ولا تزال تتناوله، السوابق المرضية الأخرى الجديرة بالملاحظة هي أنها خضعت لعملية استئصال الرحم بسبب غزارة الطمث قبل 30 عامًا، ولديها ارتفاع ضغط مضبوط بجرعة صغيرة من مدر ثيازيدي على مدار الثلاث سنوات الماضية، ولا تتناول أي دواء آخر باستثناء جرعة منخفضة من الأسبرين، لا تدخن ولا تشرب الكحول، تقاعدت من العمل كمنظمة منذ 8 سنوات.

■ الفحص السريري:

تعاني من رجفان أذيني ونبضها 92 ضربة في الدقيقة، ضغط الدم 76/114 ملم زئبق، الفحص التنفسي طبيعي، لديها مضمض مع دفاع عضلي خفيف في منتصف البطن ولا يوجد كتل مجسوسة ولم يسمع بالإصغاء إلا بعض حركات الأمعاء. خلال الساعتين التاليتين تراجع ضغط الدم إلى 60/84 ملم زئبق وتم قبولها في وحدة العناية المشددة ومراقبتها ريثما يتم إجراء الاستقصاءات الأولية؛ أظهرت الصورة الشعاعية للبطن عدم وجود غاز تحت الحجاب الحاجز وعدم توسع الأمعاء أو وجود سويات سائلة، خلال فترة المراقبة تراجع نتاج البول، وبإعادة فحصها وجد أن أصوات الأمعاء قد غابت، مازالت أطرافها دافئة، وأظهر قياس نتاج القلب في وحدة العناية أن ه مازال مرتفعًا.

■ الاستقصاءات:

مخطط المراقبة في الصورة 94.1

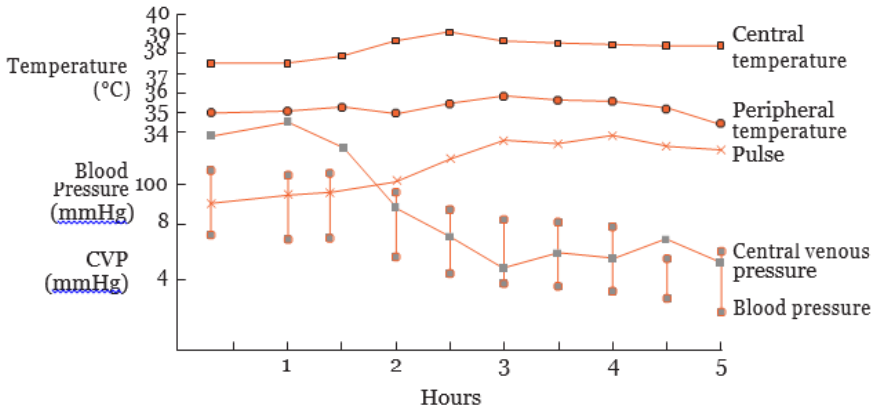


Figure 94.1 Chart from intensive care unit.

الأسئلة: ❏

- ما هو السبب المحتمل لألم البطن؟
- ما هي التطورات التي تشير إليها الرسوم البيانية؟

أحد تشاخيص الألم البطني الذي يمكن أن يفسر حالتها هو احتشاء الأمعاء الناتج عن صمة من القلب؛ حيث من المحتمل أن تتدهور حالة المريضة بشدة دون وجود تغيرات واضحة في الفحص السريري، ويزيد الرجفان الأذيني من احتمالية حدوث هذا الاختلاط. كانت تتناول الأسبرين الذي يقلل قليلاً من خطر الصمات، ولكنها لا تتناول مضادات تخثر والتي كانت ستقلل الخطر بشكل أكبر. في حالة المريضة (وجود أمراض قلبية مسبقاً يدل عليها ارتفاع ضغط الدم وخنق الصدر) كان يجب اعطاؤها مضادات التخثر بعد نفي وجود أي مضاد استطباب. إن خطر الحوادث الوعائية الدماغية الناجمة عن الصمات القلبية ينخفض بوجود مضادات التخثر، أما في حالة الخفقان الأذيني المعزول بدون أي مشاكل قلبية أخرى فإن خطر حدوث الصمات وفوائد مضادات التخثر تكون أقل. هناك تشاخيص بديلة مثل انتقاب الأحشاء أو التهاب البنكرياس، ولا يمكن أن يتم تحديد سبب المشكلة البطنية من المعلومات المقدمة هنا.

يغطي مخطط الملاحظات (الصورة 94.1) 10 ساعات، بعد الساعة الأولى أو ساعتين ينخفض الضغط الوريدي المركزي، وينخفض ضغط الدم، ويرتفع معدل النبض بالتزامن مع انخفاض نتاج البول؛ وتظهر هذه النتائج أنها تعاني من صدمة مع عدم كفاية التروية للأعضاء الحيوية.

الأسباب المحتملة للصدمة:

أنواع الصدمات مع الأمثلة:

- ⇒ صدمة نقص الحجم (مثل فقدان الدم).
- ⇒ الصدمة القلبية (مثل احتشاء العضلة القلبية).
- ⇒ الصدمة الانسدادية خارج القلب (الصمة الرئوية).
- ⇒ صدمة توسع الأوعية الدموية "التوزيعية" (مثل الإنتان).

كل هذه الأسباب محتملة لدى هذه المرأة التي تعاني من مشاكل في البطن ولديها قصة لأمراض القلب الإقفارية، ولكن حقيقة أن النتاج القلبي مرتفع يجعل فقدان الدم والصدمة القلبية غير محتمل؛ والسبب الأكثر احتمالاً هو الصدمة الإنتانية، حيث يؤدي توسع الأوعية المحيطية إلى ارتفاع النتاج القلبي مع انخفاض ضغط الدم وارتفاع معدل النبض. يحدث تقبض الأوعية الدموية وانخفاض جريان الدم في أعضاء معينة (مثل الكلى) مما يؤدي إلى مصطلح الصدمة التوزيعية مع الحفاظ على النتاج القلبي الإجمالي ولكن توزيع جريان الدم غير مناسب. إن ارتفاع درجة الحرارة المركزية وعدم وجود انخفاض ملحوظ في درجة الحرارة المحيطية يتوافق مع سبب الصدمة.

استقرت حالة المريضة بتعويض السوائل والصادات الحيوية قبل الذهاب إلى غرفة العمليات، حيث تم تأكيد التشخيص وهو احتشاء الأمعاء الناتج عن صمة. يمكن لتصوير الشرايين أن يؤكد التشخيص ولكن التأكيد غالباً ما يتم بفتح البطن بسبب ضرورة إزالة الأنسجة المتوتة.

نقاط مفتاحية



- يجب تناول الأسيرين ومضادات التخثر عند المرضى الذين يعانون من الرجفان الأذيني.
- قد تسبب الصدمة الإنتانية دفاء الأطراف بسبب توسع الأوعية.
- قد يكون الانخفاض في الضغط الوريدي المركزي هو العلامة الأولى لتطور الصدمة.

■ القصة السريرية:

لاحظت امرأة عمرها 66 عامًا أنها تواجه صعوبة في أداء بعض المهام اليومية مثل ربط أزرار قميصها وتقطيع الخضروات للطهي، وتشتكي من تيبس في عضلاتها وأنها تستغرق في نزولها إلى المتاجر المحلية وقتًا أطول بالمقارنة مع السابق. تشعر بالقلق من هذه المشاكل نظرًا لأنها تعيش وحدها وتضطر إلى القيام بكل شيء بنفسها، ولاحظت تعرضها لبعض الرجة البسيطة التي تعزوها إلى القلق. قالت لها ابنتها أنها أصبحت تعاني من صعوبة متزايدة في قراءة الكتابة الصغيرة في الرسائل التي ترسلها أمها.

هي صحفية متقاعدة وليس لديها سوابق مرضية هامة، لا تعاني من اضطراب في عادات التبول أو التغوط كما أن شهيتها جيدة ووزنها مستقر. تشتكي من أنها تعاني من الأرق وبالتالي تشعر بالتعب، لا تدخن التبغ ولكنها تشرب الكحول في المناسبات، لديها ارتفاع في ضغط الدم وتتناول 50 ملغ من الأتينولول يوميًا.

■ الفحص السريري:

نبضها 60 ضربة في الدقيقة ومنتظم، ضغط الدم 84/134 ملم زئبق، لا توجد شذوذات في الجهاز القلبي الوعائي أو التنفسي. خلال الفحص العصبي لا يوجد ضمور في العضلات، ويوجد اشتداد معمم في المقوية على طول نطاق الحركة في العضلات القابضة والباسطة أيضًا، توجد رجة طفيفة تؤثر بشكل رئيسي على يدها اليمنى وتخف عندما تحاول القيام بشيء ما. لديها مشكلة في المهام الدقيقة مثل ربط الأزرار، القوة والمنعكسات والتناسق والحس جميعها طبيعية، عندما يُطلب منها المشي تستغرق وقتًا بسيطًا للبدء وتواجه صعوبة في التوقف والاستدارة.

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكنك استقاء هذه المريضة وتدبيرها؟

هناك أدلة في القصة والفحص السريري على وجود ارتعاش، صلابة، وبطء في الحركة، وتظهر كتابتها حروفًا صغيرة بسبب التيبس والبطء في الحركة. ضغط الدم لديها مضبوط بشكل جيد باستخدام حاصرات بيتا؛ يمكن أن تسبب حاصرات بيتا الإعياء والبطء ولكن ليس بالدرجة الموجودة عند هذه المرأة.

تعاني هذه المرأة من مرض باركنسون والذي يتجلى فيه الثلاثي الكلاسيكي:

- البطء في الحركة
- الصلابة
- الارتعاش

يكون الارتعاش عادةً أحد الأعراض المبكرة وقد يكون أحادي الجانب، ويؤدي حدوث الارتعاش مع الصلابة إلى علامة الدولاب المسنن، غالبًا ما يكون لدى المريض مظهر وجه فارغ يشبه القناع، ولديه صعوبة في البدء بالمشي (التجمد في المكان)، ويمشي بخطوات صغيرة ويواجه صعوبة في التوقف. عادةً ما تكون الوظائف العقلية طبيعية، ولكن في كثير من الأحيان يكون هناك اكتئاب، وغالبًا ما يكون النوم مضطرباً مما يساهم في التعب النهاري، الاضطراب المرضي الأساسي هو تنكس العصبونات المفرزة للدوبامين في السبيل الأسود في الجسم المخطط من العقد القاعدية.

قد تحدث المظاهر الباركنسونية في مجموعة متنوعة من الأمراض، منها:

1. داء باركنسون.
2. باركنسونية ما بعد التهاب الدماغ.
3. مرض باركنسون الناجم عن الأدوية المضادة للذهان.
4. مرض باركنسون المرافق لمرض الزهايمر / الخرف متعدد الاحتشاءات.

تصنيف الرجفان:

- **رجفان الراحة:** يزداد ظهور الرجفان عندما يكون الشخص في حالة راحة، وهذا أمر نموذجي في مرض باركنسون.
- **رجفان الوضعية:** وهو مميز للرجفان الأساسي الحميد والرجفان الفيزيولوجي والرجفان الناتج عن القلق والكحول وفرط نشاط الغدة الدرقية. لا يكون الارتعاش الفيزيولوجي موجود في حالة الراحة وتظهر عند مد اليدين وجعل الأذرع مستقيمة، ولا تزداد سوءًا عند الحركة (اختبار الأصبع-أنف) وتكون اختبارات التنسيق طبيعية ولا يتأثر المشي. عادة ما يوجد قصة عائلية للرعشة، وتحسن بتناول الكحول وحاصرات بيتا.
- **الرجفان القسدي:** يزداد الرجفان عند الحركة ويظهر ذلك بشكل واضح في اختبار الأصابع-الأنف، السبب عادة أمراض جذع الدماغ، مثل التصلب المتعدد أو الأورام الدماغية أو التنكس النخاعي الدماغية.

تتوفر مجموعة متنوعة من الأدوية لعلاج مرض باركنسون لدى هذه المرأة. السيليجيلين الذي هو مثبط أكسيداز أحادي الأمين B، قد يؤخر الحاجة إلى بدء ليفودوبا وقد يببط معدل تطور المرض ولكن له آثار جانبية مهمة.

عادة ما يستخدم ليفودوبا بالمشاركة مع مثبط دوبا ديكاربوكسيلاز الانتقائي، والذي لا يعبر الحاجز الدموي الدماغي ويقلل من التأثيرات المحيطة الضارة. الآثار الجانبية الأكثر شيوعاً هي الغثيان والقيء والدوخة وانخفاض ضغط الدم الانتصابي ومشاكل عصبية ونفسية. بعد سنوات عديدة من العلاج تميل التأثيرات المفيدة إلى الانخفاض، وقد يصاب المريض بتذبذبات سريعة في التحكم - تأثير "التشغيل والإيقاف". وعندما تتطور هذه الظاهرة قد تؤدي طريقة الإطلاق المستمر للليفودوبا أو ناهض الدوبامين (مثل بروموكريبتين) إلى تحسن.

ونظراً لفقدان التأثير مع مرور الوقت فلا ينبغي البدء بالعلاج بالليفودوبا بشكل مبكر. وهذا يتطلب مناقشة متأنية مع المريض وينبغي أن يتم تقييمها من قبل أخصائي العلاج الطبيعي والمعالج المهني وتقديم المشورة والمساعدات. مع مرور الوقت قد تحتاج إلى تغيير منزلها لمساعدتها على الحركة.

نقاط مفتاحية



- يتميز مرض باركنسون بالرجفان والصلابة وبطء الحركة.
- يستلزم تدبير المريض وقتاً طويلاً وفريق متعدد التخصصات.
- قد تقل فوائد علاج الليفودوبا في مرض باركنسون مع الوقت.

■ القصة السريرية:

تعاني امرأة عمرها 35 عاما من ضيق متزايد في التنفس منذ 6 أشهر وقد ترققت هذه الحالة حتى أصبحت تعاني من ضيق التنفس عند صعود الدرج وتمشي ببطء أكثر إلى الشقة مقارنة بالأشخاص الآخرين في عمرها. بالإضافة إلى ذلك، أصيبت بسعال جاف خلال الأشهر الثلاثة الماضية.

في سوابقها المرضية كانت تعاني من ربو خفيف عندما كانت طفلة، وتذكر أن والدها توفي بسبب مشكلة في الصدر عندما كان في الأربعينيات من عمره، تتناول في بعض الأحيان الباراسيتامول، وتناولت أدوية تساعد على نقص الوزن في الماضي.

لم تدخن قط في حياتها ولكنها تشرب أقل من 10 وحدات من الكحول أسبوعياً. عملت في مجال الطباعة منذ أن تركت المدرسة. لديها طفلان يبلغان من العمر 8 و10 أعوام، ولديهما قطة وأرنب في المنزل.

■ الفحص السريري:

لا يوجد فقر دم أو زرقة، فحص الجهاز القلبي الطبيعي، في الجهاز التنفسي يبدو أن تمدد الرئتين محدود ولكنه متماثل بالجهتين، القرع وجس الاهتزازات طبيعي، بالإصغاء توجد بعض الخراخر الشهيقية المتأخرة في قاعدتي الرئتين.

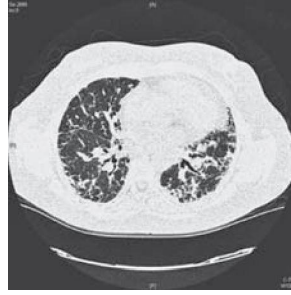
Respiratory function tests revealed the following:		
	Actual	Predicted
FEV ₁ (L)	3.0	3.6-4.2
FVC (L)	3.6	4.5-5.3
FER (FEV ₁ /FVC) (%)	83	75-80
PEF (L/min)	470	450-550

FEV₁: forced expiratory volume in 1 s; FVC, forced vital capacity; FER, forced expiratory ratio; PEF, peak expiratory flow.

تظهر الأشعة السينية لصدرها في الصورة 96.1 وفحص التصوير المقطعي المحوسب عالي الدقة في الصورة 96.2.



الصورة 96.1: صورة صدر .



الصورة 96.2: طبقي محوري عالي الدقة.

الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية والعلاج المستطب؟

تظهر القصة حالة متروقية على مدى 6 أشهر على الأقل. غالبًا ما يكون من الصعب التأكد من طول القصة المرضية بدقة عندما تبدأ أعراض مثل ضيق التنفس في الظهور بشكل مختل. يشير تفصيل القصة السريرية لعدد قليل من الاحتمالات؛ هناك قصة للربو لكن غياب الوزيز وما أظهرته اختبارات وظائف الرئة يستبعد كون الربو سبب المشكلة الحالية.

تعد القصة المهنية مهمة دائمًا في أمراض الرئة ولكن ربما ليس هنا، يمكن أن يرتبط الربو المهني بالإيزوسيانات المستخدمة في تجارة الطباعة ولكن هذا من شأنه أن يسبب مشكلة انسدادية بدلاً من المشكلة التحديدية الموضحة هنا. تتناسب نتائج الفحص مع مشكلة تحددية تتمثل في تحدد التمدد والخرارخ الناتجة عن إعادة انفتاح الممرات الهوائية التي تغلق أثناء الزفير بسبب تصلب الرئتين وانخفاض حجم الرئة.

تُظهر اختبارات وظائف الرئة التنفسي اضطراب تهوية تحديدي خفيف مع انخفاض FEV1 وحجم الزفير القسري FVC ولكن النسبة المرتفعة بشكل طفيف تشير إلى تصلب الرئتين أو جدار الصدر، ومن المتوقع أن يتم عمل المزيد الاختبارات مثل العامل الناقل الذي يكون منخفضاً في وجود التليف الرئوي.

تظهر صورة الصدر البسيطة صغر الساحتين الرئويتين مع كثافات عقيدية وشبكية أكثر وضوحًا في المناطق الوسطى والسفلية، يُظهر التصوير الطبقي عالي الدقة تغيراً ليفياً واسع النطاق مع تشكل كيسات تحت الجنب؛ وتتوافق هذه التغييرات مع التليف الرئوي المنتشر (التهاب الأسناخ التليفية). عند الحديث عن تليف الرئتين من المهم التمييز بين التليف الرئوي الناعم المنتشر كما في هذه الحالة- والتليف الرئوي الموضع نتيجة للتندب بعد حالة التهابية حادة مثل ذات الرئة. تعد كمية ونمط التغييرات في الطبقي المحوري مهمة في تحديد التشخيص واحتمالية الاستجابة للعلاج. يمكن أن يرتبط التليف الرئوي المنتشر بحالات مثل التهاب المفاصل الرثياني ويمكن أن يحدث نتيجة لاستنشاق الغبار أو تناول الأدوية؛ ولا يبدو أن أيًا من هذه الحالات مرجح هنا، مما يجعل من المحتمل أن يكون تليفاً رئوياً مجهول السبب IPF؛ وهناك شكل عائلي نادر منه لذا قد يكون مرض الأب ذا صلة. النوع الأكثر شيوعاً من التليف الرئوي مجهول السبب هو ذات الرئة الخلالية الاعتيادية UIP وتظهر بتوزع تحت جنبي على الطبقي كما هو موضح هنا. عند الترافق مع مرض النسيج الضام يحدث نمط بقعي من التهاب رئوي خلالي غير نوعي أوسع انتشاراً NSIP. يرتبط مظهر الزجاج المغشى على التصوير المقطعي عالي الدقة بالتهاب الأسناخ الخلوي النشط وزيادة احتمالية الاستجابة للعلاج. إن NSIP له معدل استجابة أفضل من UIP.

تتكون الاستقصاءات الإضافية من البحث عن السبب أو الحالات المرتبطة به واتخاذ قرار بشأن ما إذا كان هناك ما يبرر إجراء خزعة الرئة. إن الخزعات بالتنظير القصبي أقل فائدة في هذه الحالة، وتفضل الخزعة بتنظير الصدر بمساعدة الفيديو وهو الإجراء المعتاد. وعادة ما يكون من المناسب الحصول على خزعة الرئة لشخص في هذا العمر.

يتكون العلاج من جرعات منخفضة إلى متوسطة من الستيروئيدات القشرية مع أو بدون مثبطات المناعة مثل الأروثيوبرين، ويستمر العلاج لعدة أشهر للبحث عن تأثير، ولكن النتائج ضعيفة في

UIP. ومن المهم تحصيل فائدة وعدم التسبب في أذية للعلاج المطول بالستيروئيدات وتثبيط المناعة. هناك بعض الأدلة على أن مضادات الأكسدة مثل الأسيتيل سيستئين تحسن النتائج، ويمكن مشاركتها مع الستيرويدات والأزاثيوبرين، توجد عوامل جديدة قيد البحث. عند مريض في مثل هذا العمر قد يتم أخذ زرع الرئة في الاعتبار مع تقدم المرض. معدلات تطور المرض متغيرة، ويمكن أن يحدث شكل عدواني حاد يؤدي إلى الوفاة خلال 6 أشهر. الأكثر شيوعاً في UIP هو التطور الثابت على مدار بضع سنوات.

نقاط مفتاحية

- التليف الرئوي المنتشر له مجموعة من الأسباب والتي ستحدد التدبير.
- العلاج غير الفعال قد يؤدي إلى آثار جانبية خطيرة دون فائدة كبيرة.

■ القصة السريرية:

منذ أربعة أشهر، تم قبول رجل عمره 47 عاما في المستشفى بسبب ألم حاد في الصدر، تم تشخيص احتشاء عضلة قلبية سفلي تحت الشغاف، وتم علاجه باستخدام الأدوية الحالة للخطر والأسبرين. وبعد التخريج عانى من نواق صدر، وتم إجراء تصوير للأوعية الاكليلية حيث أظهر تضيقا شديدا في ثلاثة أوعية وهذا غير مرشح لوضع شبكات لذا تم إجراء جراحة المجازات الاكليلية. يحضر إلى عيادة إعادة التأهيل القلبية ولم يعاني من خناق منذ الجراحة. لديه قصة عائلية قوية للداء القلبي الإقفاري حيث توفي والده واثنين من أعمامه بسبب احتشاء عضلة القلب في الخمسينيات من العمر؛ ويعاني شقيقه البالغ من العمر 50 عاما من خناق الصدر. المريض متزوج ولديه طفلان، يدخن 25 سيجارة يوميا ويشرب ما لا يقل عن 40 وحدة من الكحول أسبوعيا، ويتناول أتينولول والأسبرين.

■ الفحص السريري:

يعاني من زيادة طفيفة في الوزن (85 كجم، مؤشر كتلة الجسم = 28 كجم/م²)، أظافره ملطخة بالقطران، لديه قوس قرنية ثنائية الجانب، صفرومات حول عينيه وعلى وتر اشليل، ندية فتح قص ناصف ملتئمة جيدا، نبضه 64/دقيقة ومنتظم، ضغط الدم 84/150 ملم زئبق. نبض القدمين غير مجسوس. فحص الجهاز التنفسي والهضمي والعصبي طبيعي.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	16.2 g/dL	13.3-17.7 g/dL	
White cell counts	10.0 × 10 ⁹ /L	3.9-10.6 × 10 ⁹ /L	
Platelets	336 × 10 ⁹ /L	150-440 × 10 ⁹ /L	
Sodium	135 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	3.4 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	82 µmol/L	70-120 µmol/L	
Bilirubin	16 mmol/L	3-17 mmol/L	
Alanine transaminase	33 IU/L	5-35 IU/L	
Alkaline phosphatase	72 IU/L	30-300 IU/L	
Gamma-glutamyl transpeptidase	68 IU/L	11-51 IU/L	
Cholesterol	12.2 mmol/L	<5.5 mmol/L	
Triglyceride	2.30 mmol/L	0.55-1.90 mmol/L	
Very low-density lipoprotein (VLDL)	0.34 mmol/L	0.13-0.65 mmol/L	
Low-density lipoprotein (LDL)	8.5 mmol/L	1.6-4.4 mmol/L	
High-density lipoprotein (HDL)	0.6 mmol/L	0.9-1.9 mmol/L	
Urinalysis: no abnormality detected			

■ الأسئلة:

- ما هو الشذوذ الاستقلابي الموجود؟ وما النصيحة التي ستقدمها لهذا الرجل؟

الاضطراب الواضح في الاستقصاءات هو ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم مع ارتفاع مستويات البروتين الدهني منخفض الكثافة LDL وانخفاض مستويات البروتين الدهني مرتفع الكثافة HDL، لدى المريض عدد من المظاهر السريرية التي تصاحب ارتفاع نسبة الكوليسترول بالإضافة لأذية الأوعية الدموية المبكرة. هذا الرجل يعاني من فرط كوليسترول الدم العائلي وقد تظاهر بداء اكليلي مبكر، ويشير غياب النبض في القدمين إلى داء وعائي محيطي.

فرط كوليسترول الدم العائلي هو حالة جسمية سائدة، هناك حالة متماثلة الزيغوت لكنها نادرة، ويموت الأفراد المصابون بها عادة قبل سن 20 عامًا بسبب تصلب الشرايين المبكر. يؤثر الشكل المتغاير الزيغوت على حوالي 1 من كل 400 فرد في المملكة المتحدة، ويصاب 50% من الذكور بنقص تروية القلب قبل سن 50 عامًا، وتتطور قوس القرنية والأورام الصفراوية على وتر اشيل والأوتار الباسطة لظهر اليدين في بدء حياة البالغين.

الخلل الاستقلابي هو نتيجة لانخفاض عدد مستقبلات البروتين الدهني منخفض الكثافة عالية الألفة على سطح الخلية مما يؤدي إلى زيادة مستويات البروتين الدهني منخفض الكثافة LDL. تؤدي زيادة قبط LDL من قبل مستقبلات الكنس في البالعات إلى زيادة LDL المؤكسد، والذي يعتبر مسبب للتصلب العصيدي بشكل خاص. تكون مستويات الشحوم الثلاثية وVLDL طبيعية أو مرتفعة بشكل طفيف، أما مستويات البروتين الدهني مرتفع الكثافة HDL تكون منخفضة. الأسباب الرئيسية الأخرى لفرط كوليسترول الدم هي فرط شحميات الدم العائلي المشترك وفرط كوليسترول الدم متعدد الجينات. يختلف فرط شحميات الدم العائلي المشترك عن فرط كوليسترول الدم العائلي لدى المرضى الذين لديهم ارتفاع في مستوى الدهون الثلاثية. كما أن المرضى الذين يعانون من فرط كوليسترول الدم متعدد الجينات لديهم بروفایل شحوم مماثل لفرط كوليسترول الدم العائلي لكنهم لا يصابون بالأورام الصفراوية. قد يحدث فرط كوليسترول الدم بشكل شائع في قصور الغدة الدرقية، والداء السكري، والمتلازمة النفروزية والركودة الصفراوية الكبدية.

هذا المريض معرض لخطر كبير جدا لتطور المزيد من الحوادث الوعائية وخاصة انسداد مجازة الشريان الاكليلي. وتعتمد خطورته على مجموع عوامل الخطر لديه، وكل هذه العوامل تحتاج إلى الاهتمام؛ ينبغي نصحه بالتوقف عن التدخين وتقليل تناول الكحول (الذي يؤثر أيضًا على كبده، حيث يلاحظ ذلك من ارتفاع ناقلة غاما غلوتاميل لديه)، وممارسة المزيد من التمارين الرياضية، والالتزام بنظام غذائي صارم منخفض الكوليسترول. النظام الغذائي وحده لن يتحكم في هذا المستوى من الكوليسترول يجب أن يتلقى علاجًا دوائيًا باستخدام الستاتين ولكن قد يحتاج إلى علاج مشترك لهذا المستوى من شحميات الدم أيضًا. يجب أن يتم تحليل بروفایل الشحوم لدى أطفاله حتى يمكن علاجهم للوقاية من الداء الاكليلي المبكر؛ حيث هناك أدلة واضحة من التجارب السريرية على أنه يمكن تحقيق الوقاية الأولية من الداء الاكليلي عن طريق خفض نسبة الكوليسترول في الدم.

(WOSCOPS) أظهرت دراسة الوقاية من مرض الشريان الاكليلي في غرب اسكتلندا أن خفض الكوليسترول باستخدام البرافاستاتين أدى إلى انخفاض كل من عدد حالات الإصابة بأمراض القلب الاكليلية والوفيات الاكليلية لدى الرجال في منتصف العمر الذين لديهم مستوى LDL في المصل أكبر من 4 مليمول / لتر. أما بالنسبة للمرضى الذين لديهم دليل على الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، فإن الوقاية الثانوية أكثر أهمية، حيث تهدف إلى خفض مستوى الكوليسترول إلى أقل مستوى ممكن. الستاتينات جيدة التحمل عمومًا، والالتهاب العضلي اختلاط نادر ولكنه خطير.

نقاط مفتاحية



- الأسباب الأكثر شيوعًا لفرط كوليسترول الدم هي فرط كوليسترول الدم متعدد الجينات، وفرط كوليسترول الدم العائلي، وفرط شحميات الدم العائلي المشترك.
- تتوفر الآن أدوية فعالة لعلاج فرط كوليسترول الدم ويجب استخدامها بشكل هجومي لتقليل حدوث الداء الاكليلي.
- في الوقاية الثانوية، الهدف هو الوصول إلى أقل مستوى ممكن من الكوليسترول.

■ القصة السريرية:

رجل عمره 66 عامًا أفنعته زوجته بالذهاب إلى طبيبه العام لأنها تشعر بالقلق من أنه قد تغير خلال الأسابيع الأربعة الماضية؛ حيث أصبح خاملاً وغامضاً إلى حد ما. لديه قصة لمعاناته من سعال مزمن منتج للقيح منذ 12 عامًا وتعتقد زوجته أن هذه الأعراض زادت قليلاً خلال الأسابيع الثمانية الماضية. كان يدخن 20 سيجارة يوميًا على مدار خمسين عامًا الماضية، ويشرب حوالي 14 وحدة من الكحول أسبوعيًا. منذ عامين أصيب بالاكتهاب وتم علاجه بمضاد للاكتهاب لمدة 6 أشهر وكان له تأثير جيد؛ لا يمكنها تذكر اسم الدواء. عمل طوال حياته ساعي بريد حتى تقاعد منذ 6 سنوات.

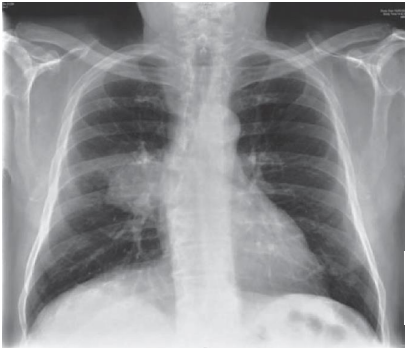
■ الفحص السريري:

إنه غامض بعض الشيء في إجاباته على الأسئلة، لا توجد أي اضطرابات في الجهاز القلبي الوعائي والتنفسي والبطن، لا ضخامة عقد لمفية، بالفحص العصبي يبدو أنه يعاني من ضعف عام خفيف في العضلات، المنعكسات والمقوية والحس كلها طبيعية، قياسات peak flow و spirometry ضمن الحدود الطبيعية.

الاستقصاءات:

		Normal
Hemoglobin	14.8 g/dL	13.0-17.0 g/dL
Mean corpuscular volume (MCV)	86 FL	80-99 FL
White cell counts	$6.9 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$297 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$
Sodium	119 mmol/L	135-150 mmol/L
Potassium	3.5 mmol/L	3.4-5.0 mmol/L
Urea	3.1 mmol/L	2.5-7.5 mmol/L
Creatinine	63 $\mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$

His chest X-ray is shown in Figure 98.1.



■ الأسئلة:

- كيف تفسر الموجودات؟
- ما هو التدبير المناسب لهذه الحالة؟

الصورة 98.1: صورة صدر.

تظهر تحاليل الدم نقص صوديوم، وتظهر الأشعة السينية للصدر كتلة تغطي السرة اليمنى. من المتوقع أن تسبب هذه الدرجة من نقص صوديوم الدم بعض التغيرات الدماغية، وقد يترافق المستوى الأقل من ذلك في اختلاجات، وفوق 120-125 مليمول/لتر من المرجح أن تكون التأثيرات تبعاً غير نوعي.

الأسباب المحتملة لنقص صوديوم الدم في هذا الرجل: إفراز غير ملائم للهرمون المضاد لإدرار البول والذي قد يكون مرتبط بسرطان الخلايا الصغيرة غير المتميز في الرئة أو في بعض الأحيان مع ذات الرئة أو السل؛ السبب الآخر هو داء أديسون (قصور قشر الكظر)، والذي من المتوقع أن يؤدي إلى ارتفاع مستوى البوتاسيوم وانخفاض ضغط الدم الانتصابي، قد يكون داء أديسون مرتبطاً بمشكلة الجهاز التنفسي عن طريق النقائل إلى الغدة الكظرية أو بسبب السل.

الأسباب الأخرى لنقص صوديوم الدم قد تكون العلاج بمدرات البول أو العلاجات التي ترفه AVP (مثل كاربامازيبين أو الفينوثيازين أو أميتريبتيلين)، أو الحوادث الوعائية الدماغية، أو اعتلال الكلية الفاقد للملح، أو فرط الإماهة بالسوائل الوريدية أو الإفراط في شرب الكحول، وكلها ليست مرجحة في القصة الواردة هنا.

تم علاجه بمضادات الاكتئاب ولكن ليس خلال الأشهر 18 الماضية. في ضوء صورة الصدر فإن التشخيص الأكثر ترجيحاً هو الإفراز غير الملائم لـ AVP من سرطان الرئة صغير الخلايا غير المتميز؛ ويمكن تأكيد ذلك عن طريق قياس كثافات المصل والبول لإظهار زيادة الإماهة في المصل وزيادة تركيز البول، ويمكن قياس مستويات الهرمون.

في هذه الحالة، أكدت الأسموليات وجود متلازمة الإفراز غير الملائم للهرمون المضاد لإدرار البول وأظهرت خزعة القصبات الهوائية في تنظير القصبات بالمنظار الليفي وجود سرطان الخلايا الصغيرة غير المتميز.

أظهر التصوير الطبقي المحوري أن الورم غير قابل للاستئصال وأنه ممتد إلى الجؤجؤ. إن تحديد السوائل إلى 750 مل يومياً يؤدي إلى زيادة الصوديوم في المصل إلى 128 مليمول/لتر مع تحسن الارتباك والضعف؛ وإذا فشل ذلك في تحقيق نتائج كافية يمكن استخدام الديميكلوسكلين (مشتق من المضادات الحيوية التتراسيكلين يتداخل مع عمل الهرمون المضاد للإبالة في الأنابيب الكلوية)، وتعتبر مضادات الفاسوبريسين مثل التولفابتان فعالة أيضاً في رفع نسبة الصوديوم في الدم، ولكنها باهظة الثمن ويمكن أن تسبب تصحيحاً سريعاً للغاية.

بدأ العلاج الكيميائي لسرطان الرئة؛ غالباً ما يؤدي مثل هذا العلاج إلى استجابة من حيث انكماش الورم وتحسين نوعية الحياة وزيادة البقاء، وقد يساعد أيضاً على تقليل إفراز الفازوبريسين، ولسوء الحظ لا يزال الشفاء غير كامل. سرطان الخلايا الصغيرة غير المتميز في الرئة هو ورم سريع النمو وعادة ما يكون غير قابل للاستئصال عند اكتشافه.

نقاط مفتاحية

- قد يكون لتغير الشخصية مفسر استقلابي.
- السبب الأكثر شيوعاً لنقص صوديوم الدم هو العلاج بمدرات البول.
- يمكن أن يساعد قياس أوسمولية الدم والبول في تحديد سبب نقص صوديوم الدم.

■ القصة السريرية:

تشكو شابة عمرها 20 عامًا من ضيق متقطع في التنفس مع وزيز وسعال منذ 3 سنوات، كانت تعاني من الأكرزما والتهاب الأنف حتى عمر 8 سنوات، وتم تشخيص إصابتها بالربو ولكن كان من الصعب السيطرة على أعراضها، تعالج حاليًا بالسالبوتامول والسالميتيرول وجرعات عالية من الستيروئيدات القشرية الإنشائية والمونتيلوكاست. عندما يحدث ضيق التنفس تشعر بعدم القدرة على إدخال الهواء إلى رئتيها، وغالبًا ما تكون غير قادرة على التحدث، وتجد أن الجرعات المتعددة من السالبوتامول لا توفر سوى القليل من الراحة. جاءت بحالة اسعافية إلى المشفى وهي تعاني من تفاقم حاد في ضيق التنفس لديها.

■ الفحص السريري:

غير قادرة على التحدث بأكثر من الهمس، معدل التنفس 26/دقيقة، معدل النبض 92/دقيقة ضغط الدم 84/128 ملم زئبقي، درجة الحرارة 36.8 درجة مئوية، الأكسجة 98%، أصوات القلب طبيعية، هناك وزيز شهيق وزفير معمم يُسمع في جميع أنحاء الصدر، لا اضطرابات أخرى. وجدت صعوبة في إجراء تسجيل *peak flow* ولكنها تمكنت من الوصول إلى 60 لترًا/دقيقة.

الاستقصاءات:			
After recovery from this acute episode, she is sent for respiratory function tests which show:			
	<i>Actual</i>	<i>Postbronchodilator</i>	<i>Predicted</i>
FEV ₁ (L)	3.5	3.7	3.5-4.3
FVC (L)	4.6	4.8	4.6-5.4
FER (FEV ₁ /FVC) (%)	76	77	72-80
PEF (L/min)	440	480	440-540
FEV ₁ : forced expiratory volume in 1s; FVC, forced vital capacity; FER, forced expiratory ratio; PEF, peak expiratory flow.			

☒ الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

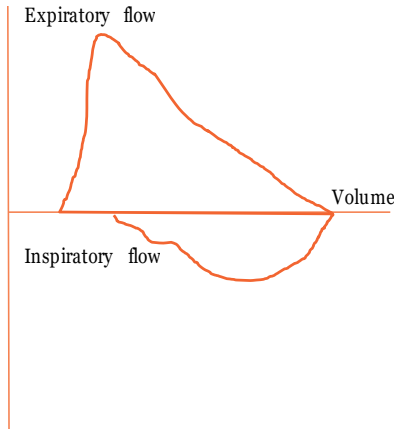
تعاني هذه المرأة من ضيق تنفس متقطع مع وزيز، السبب الأكثر شيوعاً لهذه الأعراض هو **الربو** ولكن هناك عدد من السمات التي تجعل الربو أقل احتمالاً لدى هذه المريضة.

يعد فقدان الصوت من الأعراض البارزة، وتشير القصة المرضية إلى استجابة قليلة للعلاج بمحفزات بيتا، ولا تظهر اختبارات وظائف الرئة بعد الشفاء من النوبة انسداداً في تدفق الهواء أو استجابة ملحوظة لموسعات القصبات. قد يكون ضيق مجرى الهواء في الربو متقطعاً فلا يظهر انسداد بين النوب، وفي هذه الحالة من الضروري البحث عن زيادة استجابة الشعب الهوائية لمعرض مثل ممارسة الرياضة أو استنشاق الميثاكولين.

خلال النوبة الحادة المترافقة بأعراض شديدة، تكون الأكسجة طبيعية بشكل يثير الاستغراب، إن عدم القدرة على التحدث بجمل كاملة هي سمة من سمات الربو الحاد ولكن فقدان الصوت هنا يشير إلى احتمال وجود مشكلة على مستوى الحبال الصوتية وهذا يتناسب مع الوزيز الشهيق والزفير الملحوظ والشعور بعدم القدرة على إدخال الهواء إلى رئتيها؛ على الرغم من أن مرضى الربو قد يشتكون من مشاكل مماثلة.

تشير هذه الميزات إلى أن تشخيص **خلل في الحبال الصوتية** أكثر احتمالاً من الربو لدى هذه الشابة، وفي هذه الحالة يوجد تناقض في حركة الحبال الصوتية بحيث تتقارب أثناء الشهيق لتسبب انسداداً في تدفق الهواء الشهيق على مستوى الحنجرة، تميل نوب ضيق التنفس إلى أن تكون متقطعة ولا تستجيب لعلاج الربو التقليدي وتترافق بالصرير.

أهم الاختبارات التشخيصية هي المشاهدة المباشرة للحبال بواسطة طبيب الأذن والأنف والحنجرة ومخطط العروة لقياس حجم الجريان؛ سيظهر فحص الحبال حركة متناقضة وتقارب الحبال الأمامية مع فتحة المزمار الخلفية مما يسمح بتدفق هواء محدود، وسيظهر مخطط العروة مرحلة زفير طبيعية نسبياً وفقدان التدفق أو تدفق منخفض في الجزء الأخير من حلقة الشهيق حيث تتقارب الحبال الصوتية وتسبب انسداداً (الصورة أدناه). في الربو يكون الانسداد واضحاً في كل من أطراف الزفير والشهيق في مخطط حجم التدفق.



في الشكل أعلاه: مخطط العروة يظهر انقطاع تدفق الشهيق في حالة خلل الحبال الصوتية.

من المهم التعرف على هذه الحالة حتى يمكن إيقاف العلاج غير المناسب للربو وبدء العلاج المناسب. يوجد خلل في الحبال الصوتية عند حوالي 10٪ من المرضى الذين يعانون من الربو المعقد، وهو أكثر شيوعاً في حال وجود مشاكل نفسية مثل الاكتئاب والقلق وقد يترافق مع الارتجاع المعدي المريئي الذي يجب علاجه. الدعائم الأساسية للعلاج هي علاج النطق والاسترخاء وتقنيات التنفس.

نقاط مفتاحية



- عندما يكون من الصعب السيطرة على الربو، ينبغي وضع تشخيص أخرى في الاعتبار، مثل خلل في الحبال الصوتية أو انسداد كبير في مجرى الهواء.
- قد يفيد مخطط العروة لقياس الجريان في التمييز بين أسباب انسداد مجرى الهواء.

■ القصة السريرية:

تشكو امرأة عمرها 48 عامًا من التعب لعدة أشهر وعانت أيضًا من الصداع خلال الأسابيع الستة الماضية حيث كانت تتناول الإيبوبروفين بانتظام. ليس لديها قصة مرضية في الماضي، لديها طفلان يبلغان من العمر 16 و13 عامًا وكانت حاملها بدون اختلاطات. عانت من آلام طمثية لعدد من السنوات وكانت تتناول لأجلها مجموعة متنوعة من مضادات الالتهاب غير الستيرويدية والعلاجات العشبية التي لا تستلزم وصفة طبية.

■ الفحص السريري:

تبدو شاحبة، نبضها منتظم 84/دقيقة، ضغط الدم 102/178 ملم زئبق، الضغط الوريدي الوداجي غير مرتفع، اصغاء القلب يبدو طبيعيًا وفحص التنفس والبطن والفحص العصبي طبيعي، يُظهر تنظير قعر العين علامة القضم الشرياني الوريدي ومظهر الأسلاك الفضية لأوعية الشبكية.

		الاستقصاءات:	
		Normal	
Hemoglobin	12.0 g/dL	11.7-15.7 g/dL	
White cell counts	$10.8 \times 10^9/L$	$3.5-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$154 \times 10^9/L$	$150-440 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	4.8 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	12.1 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	$375 \mu\text{mol/L}$	70-120 $\mu\text{mol/L}$	
Bicarbonate	18 mmol/L	24-30 mmol/L	
Glucose	4.5 mmol/L	4.0-6.0 mmol/L	
Urinalysis: -< protein; - blood			

☒ الأسئلة:

- ما هي الأسباب المحتملة للقصور الكلوي لدى هذه المريضة؟
- كيف يمكنك استقصاء وتدبير هذه المريضة؟

تعاني هذه المرأة من **قصور كلوي مهم** مترافق بحماض وفقر دم. تحليل البول الخاص بها سلبي مما يستبعد وجود مرض كبي، ومن المرجح أن يكون القصور الكلوي ناتجًا إما عن مرض خلالي أنبوبي أو مرض يؤثر على بنية الأوعية الدموية الكلوية مثل ارتفاع ضغط الدم متسارع الحدوث. الأسباب المحتملة للداء الخلالي الأنبوبي في هذه الحالة هي مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية والأدوية العشبية. من المحتمل أن يكون ارتفاع ضغط الدم لديها ثانويًا لمرضها الأنبوبي الخلالي وسرع من تطور القصور الكلوي.

تسبب مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية إصابة الكلى الحادة عن طريق آليتين مختلفتين: التهاب الكلية الخلالي الحاد/ تأثير هيموديناميكي جهازي.

القصور الكلوي الحاد المتواسط بالسبب الهيموديناميكي يرجع إلى تثبيط تشكّل البروستاغلاندين، حيث يسبب البروستاغلاندين توسع الأوعية قبل الكلوية وهو أمر بالغ الأهمية للحفاظ على التروية الكلوية في حالات نقص حجم الدم وتليف الكبد وقصور القلب. وفي هذه الحالة لا يوجد دليل على أن المريضة تعاني من التجفاف. وتسبب مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية أيضًا التهاب الكلية الخلالي الحاد حيث يكون هناك حمى مع طفح جلدي وكثرة الأيوزينيات وبيلة أيوزينية. يحدث الشفاء العفوي في غضون بضعة أشهر بعد إيقاف مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية على الرغم من احتمال وجود تلف كلوي دائم. عموماً يتم إعطاء كورس من البريدنيزولون لتسريع الشفاء الكلوي وتقليل التندب طويل الأمد. يمكن لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية أيضًا أن تسبب الداء الكلوي قليل التبدلات واعتلال الكلية الغشائي الذي يسبب المتلازمة النفروزيّة. بالإضافة إلى هذه التأثيرات الحادة، فقد ذكر أن الاستخدام اليومي لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية لفترة طويلة من الزمن قد يترافق مع زيادة خطر الإصابة بأمراض الكلى المزمنة، على الرغم من أن نسبة المرضى صغيرة مقارنة بعدد مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية التي يتم شراؤها بدون وصفة طبية.

يشمل الطب الصيني التقليدي العلاج بالأعشاب والوخز بالإبر والتدليك والعلاج الغذائي. هناك إمكانية لتطوير علاجات جديدة لأمراض مثل الربو والحساسية الغذائية بالأعشاب الصينية، ومع ذلك هناك قلق بشأن الانتقال إلى التجارب السريرية الخاضعة للرقابة. الأدوية العشبية الصينية التي تحتوي على حمض الأرسنولوشيك قد تطورت إلى اعتلال كلوي نوعي يتميز بالتليف الخلالي الواسع مع ضمور وفقدان النبيبات، مع سماكة جدران الشرايين الواردة والشرايين بين الفصيصات. يكون ضغط الدم طبيعيًا بشكل عام أو مرتفعًا بشكل طفيف فقط. المرضى الذين يكون الكرياتينين لديهم عند القدوم >200 سوف تستقر وظائف الكلية لديهم بشكل عام بعد إيقاف الأدوية الصينية، لكن المرضى الذين تكون وظيفة الكلية لديهم سيئة ستستمر بالتطور إلى القصور الكلوي في المرحلة النهائية.

في هذه الحالة من المهم معرفة ما إذا كان القصور الكلوي حادًا أم طويل الأمد، يمكن اكتشاف ذلك بسهولة إذا كانت المريضة قد قامت بتحليل سابق للكرياتينين، كما أن إيكو الكليتين مفيد أيضًا (إذا أظهرت الموجات فوق الصوتية كليتين صغيرتين فمن المحتمل أن

يكون القصور الكلوي مزمنًا). إذا كانت كليتها بحجم طبيعي فيجب إجراء خزعة كلوية لتأكيد التشخيص وتقييم مدى الالتهاب والتندب.

في هذه الحالة، من المحتمل أن يكون القصور الكلوي لدى المريضة ناتجًا عن التهاب الكلية الخلالي بعد NSAIDs. ينبغي نصحتها بالتوقف عن تناول مضادات الالتهاب غير الستيرويدية والأدوية العشبية الصينية، وعدم الاستمرار في تناول هذه الأدوية مطلقًا، ويجب إعطاؤها كورس قصير من البريدنيزولون لتسريع الشفاء الكلوي.

نقاط مفتاحية



- تعد القصة الدوائية أمرًا ضروريًا عند المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي غير المفسر.
- مضادات الالتهاب غير الستيرويدية هي الدواء الأكثر شيوعًا كسبب لالتهاب الكلية الخلالي الحاد.
- الأدوية العشبية الصينية المحتوية على حمض الأرسطولوشيك تسبب اعتلال كلية خطير.