- تبارز أحد الأحشاء ضمن منطقة لا يوجد فيها في الحالة الطبيعية.
- **نسبة الحدوث:**

الذكور/ الإناث = ٩/ ١.

خطر تطور الفتق خلال الحياة:

الذكور ٥%.

الإناث ١%.

أشيع مرض جراحي عند الذكور.

- **الأنماط العامة:**

الفتق الداخلي – الكيس ضمن جوف البطن.

الفتق الخارجي – يتبارز الكيس بشكل كامل عبر جدار البطن.

الفتق المختنق Strangulated – يحدث عندما تتأذى التروية الدموية للحشى المتبارز.

الفتق الغاصص (المحتبس) Incarcerated – الفتق غير الردود Irreducible ليس بالضرورة أن يكون مختنقاً.

فتق ريختر Richter's: تتكون محتويات الكيس من جانب واحد فقط من جدار الأمعاء (عادة الجانب المقابل للمساريقا).

الفتق المنزلق: جزء من جدار الفتق مكون من الحشى المتبارز (عادة الأعور أو الكولون السيني).

المواقع والتشريح:

- حدود مثلث هاسيلباخ Hasselbach's Triangle – الحافة الوحشية لغمد العضلة المستقيمة، الرباط الإربي، الأوعية الشرسوفية السفلية.
- **الفتق الإربي:**

يميل لإصابة الذكور أكثر من الإناث لكنه يبقى أشيع فتق عند النساء.

غير المباشر Indirect:

السبب:

بقاء الناتئ Processus في ٢٠% من البالغين.

التشريح:

ينشأ في الحلقة الإربية العميقة.

إلى الوحشي من الشريان الشرسوفي السفلي.

غالباً ما يهبط إلى الكيس الصفني.

الاختلاطات:

الغصص، الاختناق.

المباشر Direct:

السبب:

الضعف المكتسب في قاع مثلث هاسيلباخ (اللفافة المستعرضة).

ناجم عن التمزق، إضافة إلى زيادة الضغط داخل البطن.

التشريح:

عبر مثلث هاسيلباخ.

إلى الأنسي من الشريان الشرسوفي السفلي.

غالباً لا يهبط إلى الكيس الصفني.

الاختلاطات:

الغصص نادر.

فتق البنطال Pantaloon:

اجتماع كل من الفتق المباشر وغير المباشر.

يتدلى الصفاق فوق الأوعية الشرسوفية السفلية.

- **الفخذي Femoral:**

الوبائيات: يصيب الإناث غالباً.

التشريح:

ضمن القناة الفخذية تحت الرباط الإربي لكن قد يتراكب عليه.

يتوضع إلى الأنسي من الوريد الفخذي.

الاختلاطات:

الميل للاختناق لأن له عنقاً ضيقاً.

- **فتوق أخرى:**

الفتق البضعي Incisional: الفتوق البطنية – الفتق مكان انغلاق الجرح.

الفتق السري: عادة خلقي، يمر عبر حلقة السرة.

الفتق الشرسوفي: عيب في الخط الأبيض فوق السرة.

فتق السادة Obturator: عبر الثقبة السادة.

فتق سبيجيل Spigelian: الفتق البطني عبر عيب في الخط الهلالي.

الفتق القطني: عيب في جدار البطن الخلفي (العلوي = غرين فيلت Grynfeltt، السفلي = بيتيت Petit).

- **التظاهرات السريرية:**

العوامل المساهمة:

السمنة، السعال المزمن، الحمل، الإمساك، الكبس عند التبويل، الحبن، النشاطات التي تزيد الضغط داخل البطن.

قصة إصلاح فتق سابق.

كتلة مغبنية ذات حجم متغير.

يتطور بشكل مخاتل في معظم الحالات.

قد يثار أحياناً بحادث عضلي عنيف وحيد.

الانزعاج المرافق:

يسوء في نهاية اليوم.

يزول ليلاً عندما يستلقي المريض ويرجع الفتق.

يزول بإرجاع الفتق يدوياً.

مع أو دون الانسداد.

مع أو دون الإيلام الموضع.

يجب فحص المريض بوضعيتي الوقوف والاستلقاء الظهري.

يتضخم كيس الفتق ومحتوياته وينقل دفعة Impulse مجسوسة عندما يسعل المريض أو يكبس.

قد يتم إصغاء أصوات الأمعاء.

لا يمكن الوصول إلى أعلى الكتلة المغبنية بالجس.

لا تتضوء Transilluminate الكتلة.

يؤدي الاختناق إلى:

ألم شديد يليه الإيلام.

انسداد الأمعاء.

تموت الأمعاء.

الإنتان.

حالة إسعافية جراحية.

الفتوق الحديثة الصغيرة أكثر احتمالاً أن تختنق.

لا تحاول أن ترجع الفتق يدوياً إذا وجد الإنتان أو اشتبه بتموت محتويات كيس الفتق.

- **المعالجة:**

الجراحة: الهدف هو منع الاختناق والتفزر ومن أجل الشكل الجمالي.

الفتوق غير المباشرة – الهدف من الإصلاح هو الربط العالي للكيس وتمتين الحلقة الباطنة.

الفتوق المباشرة – هدف الإصلاح هو إعادة بناء مثلث هاسيلباخ، يحتاج إلى لفافة جيدة أو بدلة Prosthesis.

الفتوق الفخذية – هدف الإصلاح هو إزالة كيس الشحم وإغلاق القناة الفخذية بالخيوط.

- **الاختلاطات التالية للجراحة:**

الورم الدموي الصفني.

النزف العميق – قد يدخل الحيز خلف الصفاق ولا يكون ظاهراً في البداية.

صعوبة التبويل.

تورم صفني مؤلم ناجم عن ضعف العود الوريدي للخصيتين.

الورم العصبي/ التهاب العصب.

تضيق/ انسداد الوريد الفخذي عند معالجة الفتوق الفخذية مما يسبب التورم الحاد في الساق.

- **الإنذار (إصلاح الفتق الإربي):**

غير المباشر: أقل من ١% خطر النكس.

المباشر: ٣-٤% خطر النكس.

obeikandl.com

I. الكيسات الكبدية:

- تكون لا عرضية في الحالة الطبيعية.
- إذا كانت كبيرة ← انزعاج في القسم العلوي من البطن/ كتلة.

١. الكيسات الكبدية الطفيلية:

- **الكيسة المائية (الدودة الشريطية):**

الخمج بطفيلي المشوكة الحبيبية Echinococcus Granulosus:

متوطن في جنوب أوربة والشرق الأوسط وأستراليا وأمريكا الجنوبية.

تمر المشوكة الحبيبية عبر الطريق الفموي/ البرازي في الأبقار والغنم والموظ Moose والرنّة والإنسان.

الخمج الثانوي مع ضخامة كبدية ممضة والحمى والعرواءات.

كتلة لا عرضية (غالباً) أو ألم مزمن مع ضخامة كبدية.

التمزق على الشجرة الصفراوية ← مغص صفراوي أو يرقان أو تأق.

التشخيص:

اختبار كازوني Casoni الجلدي (خطر التأق).

تثبيت المتممة – الأفضل.

وجود كتلة، غالباً متكلسة على الـ CT أو بفائق الصوت.

المعالجة:

طبية - الألبيندازول.

جراحية – إزالة الكيسة (انتشار المحتويات المستضدية داخل الجوف الصفاقي قد يؤدي للتأق) ورأب الثرب Omentoplasty.

٢. كيسات الكبد غير الطفيلية:

- الكيسة البسيطة.
- الكيسات المتعددة (٥٠% من الحالات تترافق مع الكلية عديدة الكيسات، و٣٣% من المرضى المصابين بالكلية عديدة الكيسات الجدي السائد يكون لديهم كيسات كبدية).
- كيسة القناة الجامعة:

تشوهات خلقية في الشجرة البنكرياسية الصفراوية.

توجد أربعة أنماط ويدعى الشكل الأشد داء كارولي Caroli's Disease (توسعات كيسية متعددة في الأقنية داخل الكبدية).

تشمل الأعراض والعلامات الألم البطني المتكرر واليرقان المتقطع والكتلة في الربع العلوي الأيمن.

٣٠% ألم مع اليرقان مع كتلة بطنية.

التشخيص: فائق الصوت، تصوير الأوعية الصفراوية داخل الكبد، LFTs (اختبارات الوظيفة الكبدية).

المعالجة جراحية (يعتمد مدى الاستئصال على نمط الكيسة) – يستطب زرع الكبد إذا كانت الإصابة الكيسية شاملة للأقنية الصفراوية داخل الكبد (داء كارولي).

اختلاطات المرض المزمن هي التشمع الصفراوي وفرط التوتر البابي وكارسينوما القناة الصفراوية.

- **الكيسات الورمية:**

الورم الغدي الكيسي، محتمل الخباثة، يحتاج للاستئصال عادة.

الساركوما الغدية الكيسية.

II. الخراجات الكبدية:

١. الخراج الكبدي الجرثومي:

- أشيع الخراجات الكبدية في العالم الغربي.
- يكون ثانوياً عادة لحدثية تقيحية في البطن.

التهاب الطرق الصفراوية، التهاب الزائدة الدودية، التهاب الرتوج، الإنتان المعمم، كذلك الانتقال من التهاب الشغاف.

- **العضيات حسب المصدر الأولي:**

البطن: العصيات سلبيات الغرام (العصيات الكولونية)، اللاهوائيات (العصوانيات Bacteroides)، المكورات المعوية.

خارج البطن: العضيات إيجابية الغرام (مثلاً من التهاب الشغاف الجرثومي، التهاب الرئة).

- في ٢٥% من الحالات لا يوجد خمج واضح = خمج خفي المنشأ.
- يتظاهر عادة بالحمى والدعث والعرواءات والقمه وفقد الوزن والألم البطني أو الغثيان مع إيلام في الربع العلوي الأيمن، ضخامة كبدية، يرقان وأصمية جنبية بالقرع.

الفحوص المخبرية – كثرة الكريات البيض، فقر الدم، ارتفاع نتائج اختبارات الوظيفة الكبدية.

- **التشخيص:**

فائق الصوت، صورة الصدر الشعاعية (انصباب/ انخماص قاعدي أيمن)، CT، عيار الأضداد المصلية، الرشف عبر الجلد والنزح.

أشيع في الفص الأيمن.

- **المعالجة:**

معالجة السبب المستبطن.

النزح الجراحي والمضادات الحيوية الوريدية.

- نسبة الوفيات بشكل عام ١٥% - تكون النسبة أعلى في حالة تأخر التشخيص والخراجات المتعددة وسوء التغذية.

٢. الخراج الأميبي:

- يحدث بشكل تال للتظاهرات المعوية للمتحول الحال للنسج المنتقل عن طريق ماء الشرب أو الطعام الملوثين أو المنتقل من شخص لآخر.
- يترافق مع الحمى وكثرة الكريات البيض والإسهال والألم في الربع العلوي الأيمن والضخامة الكبدية.
- غالباً ما يكون على شكل جوف واحد كبير في الفص الأيمن (٩٠%).
- المعالجة: المضادات الحيوية الخلالية (المترونيدازول)، رشف الخراج إذا كان كبيراً، يستطب النزح الجراحي إذا حدثت الاختلاطات (التمزق).

III. الأورام:

١. أورام الكبد السليمة:

- **الورم الوعائي (الكهفي):**

أشيع ورم كبدي سليم، ينجم عن تشوه في النسيج الأرومي الوعائي الجنيني.

الإناث/ الذكور = ٦/ ١ ويترافق مع استخدام مانعات الحمل الفموية.

لا حاجة للمعالجة عادة إلا إذا نزف الورم أو أصبح عرضياً (الاستئصال عن طريق استئصال الفص أو الاستئصال التام Enucleation).

قد يسبب ألماً بطنياً (الضغط على البنى المجاورة، التمدد) أو يسبب كتلة بطنية مجسوسة إذا زاد قطره على ٤ سم.

تصوير الشرايين مشخص لكن تفريسة الكريات الحمر مفيدة بنفس الدرجة وأرخص تكلفة.

لا تقم بإجراء خزعة الكبد ← نزف شديد.

- **الورم الغدي Adenoma:**

ورم ظهاري غدي سليم.

النساء الشابات المستخدمات لحبوب منع الحمل الفموية لعدة سنوات.

يتظاهر في ٢٥% من الحالات على شكل كتلة أو ألم في الربع العلوي الأيمن.

يتظاهر في ٣٠% من الحالات بالنزف ضمن الجوف الصفاقي.

الخباثة ممكنة.

التشخيص: كتلة بالـ CT أو بفائق الصوت.

المعالجة:

إيقاف حبوب منع الحمل، أو الستيرويدات الابتنائية.

الاستئصال خاصة إذا كان كبيراً بسبب زيادة خطر الخباثة والتمزق العفوي/ النزف.

- فرط التنسج العقيدي البؤري (FNH، الورم العابي Hamartoma، سليم).

الإناث/ الذكور = ٢/ ١ (بعمر الأربعين عاماً وسطياً).

نادراً ما ينمو أو ينزف.

(ندبة نجمية مركزية) على الـ CT.

المعالجة: الاستئصال فقط إذا كان عرضياً.

٢. أورام الكبد الخبيثة:

- **الأولية:**

عادة كارسينوما الخلية الكبدية الغدية (الورم الكبدي).

غير شائعة في شمال أمريكا لكنها تشكل ٢٠-٢٥% من كل الكارسينومات في إفريقيا والشرق.

الذكور/ الإناث = ٢/ ١.

عوامل الخطورة:

التهاب الكبد B و C المزمنين.

التشمع (خاصة كبير العقيدات).

حبوب منع الحمل: زيادة الخطورة ٣ أضعاف.

الستيرويدات.

الكحول، التدخين.

المواد الكيماوية المسرطنة (الأفلاتوكسين، كلور الفينيل – يترافقان مع الساركوما الوعائية).

الخمج الطفيلي (يترافق متفرع الخصية الصيني مع كارسينوما الأوعية الصفراوية).

داء الهيموسيدرين، عوز ألفا ١ – أنتي تربسين.

إمراض كارسينوما الخلية الكبدية في التهاب الكبد B يشمل بشكل مفترض HBV-DNA الذي يعمل كمعزاز Promoter للسرطان.

العلامات والأعراض:

الانزعاج في الربع العلوي الأيمن،ألم في الكتف الأيمن.

اليرقان في ثلث الحالات، الضعف، فقد الوزن، الحمى.

الضخامة الكبدية، اللغط Bruit، الاحتكاك.

في ١٠-١٥% من الحالات حبن مدمى (النزف الفجائي داخل البطن).

متلازمة كوشينغ الناجمة عن التأثير نظير الورمي Paraneoplastic.

التشخيص:

ارتفاع الفوسفاتاز القلوية والبيليروبين وألفا فيتوبروتين (٨٠% من المرضى).

التصوير: بفائق الصوت (هو الأفضل)، تفريسة الكبد، المرنان، التصوير الوعائي.

الخزعة.

المعالجة:

يعتبر التشمع مضاد استطباب نسبي لاستئصال الورم بسبب نقص الاحتياطي الكبدي.

الجراحة: ١٠% من المرضى يكون لديهم أورام قابلة للاستئصال.

زرع الكبد (ليس إن كان بسبب التهاب الكبد B).

حقن الإيثانول عبر الجلد.

المعالجة القرية.

المعالجة الكيماوية: التسريب الشرياني الجهازي أو الكبدي.

الإنذار:

٧٠% لديهم انتقالات إلى الكبد والرئة.

البقيا لـ ٥ سنوات عند كل المرضى تعادل ٥%.

البقيا لمدة ٣ شهور في حالة عدم المعالجة.

البقيا لمدة ٥ سنوات عند المرضى الذين أجري لهم استئصال كامل هي ١١-٤٠%.

الأنماط الأخرى: كارسينوما الأوعية الصفراوية (٧%) الساركوما الوعائية، الورم الأرومي الكبدي (الأطفال).

- **الأورام الثانوية: (أشيع من الأورام الأولية بـ ٢٠ مرة).**

الانتقالات إلى الكبد.

إن ٢٥-٥٠% من المرضى الذين لديهم سرطان بفتح الجثة لديهم انتقالات كبدية.

الانتقالات من القصبات (وهي الأشيع) والجهاز الهضمي والبنكرياس والثدي والمبيض والرحم والكلية.

المعالجة:

قطع الكبد إذا كان بالإمكان السيطرة على الورم الأولي ولا توجد انتقالات خارج كبدية وعدد الآفات أقل من ٤.

المعالجة القرية Cryotherapy.

من المحتمل أيضاً المعالجة الكيماوية.

تبلغ نسبة البقيا لمدة ٥ سنوات ٢٠-٢٥% مع استثناء الانتقالات الكولونية المستقيمية (البقيا بشكل عام مع وجود انتقالات كولونية مستقيمية إلى الكبد تعادل ٦-٧ شهور).

IV. فرط التوتر البابي: (انظر قسم الأمراض المعدية المعوية).

الجدول ٨: تصنيف شيلد Child لتحديد خطورة العمل الجراحي (إجراء التحويلة) في فرط التوتر البابي.			
	A	B	C
بيليروبين المصل (ملغ/ دل)	أقل من ٢	٢-٣	أكثر من ٣
ألبومين المصل (غ/ دل)	أكثر من ٣.٥	٣-٣.٥	أقل من ٣
وجود الحبن	غائب.	يمكن السيطرة عليه.	معند.
اعتلال الدماغ	غائب.	خفيف.	شديد.
سوء التغذية	غائب.	خفيف.	شديد.
نسبة الوفيات الناجمة عن الجراحة	٢%	١٠%	٥٠%

١. التدبير الجراحي للدوالي النازفة في فرط التوتر البابي:

- **الاستطبابات:**

استمرار النزف رغم نقل الدم (٥ وحدات) خلال ٢٤ ساعة.

- **المعالجة المصلبة Sclerotherapy:** وهي عادة المعالجة المختارة (فعالة في ٩٠% من الحالات)، مع أو دون الفازوبريسين، NTG، السوماتوستاتين، البروبرانولول مع نسبة وفيات ٢٠-٣٠%.
- **الدك بالبالون Balloon Tamponade (أنبوب بلاك مور):**

١٢-٢٤ ساعة: الفعالية الأولية ٧٥% (نسبة عودة النزف ٢٠-٥٠%).

خطر الاستنشاق، التقرح، الاختناق، التمزق، ولهذا السبب يستطب التنبيب الفموي الرغامي أو الأنفي الرغامي.

- التحويلة البابية الجهازية داخل الكبد عبر الوداجي (TIPSS).

٢. عمليات التحويل Shunting لإنقاص ضغط وريد الباب:

- **تخفيف الضغط البابي:**

نسبة الوفيات التالية للعمل الجراحي: شيلد A (0-5%)، شيلد B (5-15%)، شيلد C (20-50%).

التحويلات غير الانتقائية: تحويل كل الدم البابي بعيداً عن الكبد.

التحويلة البابية الأجوفية (المفاغرة النهائية الجانبية أو الجانبية الجانبية):

المفاغرة المباشرة بين الوريد الأجوف السفلي والوريد البابي.

تستخدم في النزف الحاد/ الحبن.

فعالة جداً (أكثر من ٩٠%)، نسبة عودة النزف منخفضة.

خطر الاعتلال الدماغي الكبدي مرتفع (١١-٣٨%) والقصور الكبدي (١٣-١٨%) بسبب ضعف الجريان البابي من التحويلة.

التحويلة الكلوية – الطحالية البعيدة (وارين Warren):

مفاغرة بين الوريد الطحالي والوريد الكلوي الأيسر.

هي الإجراء المختار في حالة جراحة التحويلة الانتقائية.

لا تستخدم عند المرضى المصابين بالحبن.

نقص معدل الاعتلال الدماغي الكبدي والقصور الكبدي لأن الجريان البابي وإزالة السمية الكبدية سليمان جزئياً.

التحويلة الجهازية البابية داخل الكبد عبر الوداجي TIPSS:

تقنية جديدة تجرى بواسطة الطبيب الشعاعي.

يتم إجراء تحويلة بين الوريد الكبدي والوريد البابي عن طريق قثطرة توضع في الكبد.

يمكن استخدامها لإيقاف النزف الحاد أو منع عودة النزف.

تبقى التحويلة مفتوحة عادة لمدة سنة.

زرع الكبد:

البقيا لـ ٥ سنوات تعادل ٧٥% في حالات التشمع غير الكحولي.

٣. الحبن:

- **التدبير:**

التحويلة البابية الأجوفية (جانبية – جانبية).

التحويلة الوريدية الصفاقية: نزح السائل داخل الصفاق إلى الحيز الوعائي (تحويلة ليفين Leveen Shunt).

الاستطبابات: فشل المعالجة الطبية، اعتلال الدماغ، الآزوتيمية.

٤. فرط الطحالية:

- تعالج بشكل محافظ.
- استئصال الطحال أو تحويلة وارين Warren إذا كانت الحالة شديدة أو تطور خثار الوريد الطحالي.

V. زرع الكبد:

- **الاستطبابات:** اختلاطات المرحلة النهائية (الحبن المعند، اعتلال الدماغ والدوالي النازفة).

١. الترشيح للزرع:

- **المرض البارانشيمي:**

التشمع التالي للنخر (التهاب الكبد المزمن الفعال).

التشمع الكحولي.

القصور الكبدي الحاد.

متلازمة بود ـــ كياري.

التليف الكبدي الخلقي.

الداء الليفي الكيسي.

- **المرض الركودي الصفراوي:**

الرتق الصفراوي.

التشمع الصفراوي الأولي.

التهاب الأوعية الصفراوية المصلب.

- **أخطاء الاستقلاب الخلقية:**

عوز ألفا –١- أنتي تربسين.

داء ويلسون.

- **الأورام:**

الخباثة الأولية:

السليمة.

٢. الإجراء:

- المدة ٦-١٠ ساعات.
- تتضمن العملية المجازة الوريدية الوريدية الخارجية، المفاغرات الوريدية، إعادة إرواء الكبد الجديد، الإرقاء الدموي وإعادة تشكيل السبيل الصفراوي (المفاغرة بشكل حرف Y) أو المفاغرة النهائية – النهائية.

٣. الاختلاطات بعد الجراحة:

- **جراحية**: خثار الشريان الكبدي، تترافق مع المفاغرة بين المعطي والمستقبل.
- الرفض الحاد والمزمن.
- الموت التالي للزرع (MOSF).
- نكس التهاب الكبد B.

٤. البقيا:

- الأطفال: ٧٨% (لمدة سنة) و ٧٤% (لمدة ٥ سنوات).
- البالغون: ٧٦% (لمدة سنة)، ٦٣% (لمدة ٥ سنوات).

I. التحصي الصفراوي CHOLELITHIASIS:

١. الإمراض:

- عدم التوازن بين الكولسترول والعوامل المذيبة له والأملاح الصفراوية وتراكيز الليسيتين.
- إذا كان الإنتاج الكبدي من الكولسترول شديداً فإن هذا يؤدي إلى فرط تحميل للحموض الصفراوية والليسيتين، وإن الكولسترول مفرط الإشباع يترسب وقد يشكل حصيات مرارية.

٢. أنماط الحصيات:

- الكولسترولية (٨٠%) = مختلطة (أكثر من ٧٠% من وزنها كولسترول).

عوامل الخطورة:

الإناث، البدينات، المخصبات، في سن الأربعينات.

أعلى نسبة حدوث عند الهنود الأمريكيين.

الصيام المديد مع التغذية الخلالية الكاملة (TPN) (تؤدي الـ TPN عادة إلى التهاب المرارة اللاحصوي الحاد).

فقد الوزن السريع.

استئصال الدقاق الانتهائي أو المرض في الدقاق الانتهائي (مثل الداء المعوي الالتهابي).

- **الحصيات الصباغية (٢٠%):**

حصيات ناعمة خضراء أو سوداء مائلة للبني مكونة من البيليروبين غير المقترن والكالسيوم والحموض الصفراوية.

الحصيات الصباغية السوداء:

تترافق مع التشمع والحالات الدموية الانحلالية المزمنة.

حصيات بيليروبينات الكالسيوم: تترافق مع الركودة الصفراوية [التضيق الصفراوي، التوسع والخمج الصفراوي (متفرع الخصية الصيني)].

٣. القصة الطبيعية:

- ٨٠% لا عرضية.
- ١٨% تتطور أعراض خلال ١٥ سنة.

٤. التظاهرات السريرية (مرتبة حسب تزايد الشدة):

- **الحصيات اللاعرضية:**

لا تحتاج معظم الحصيات اللاعرضية إلى أي معالجة.

التفكير بإجراء الجراحة في حالة المرارة المتكلسة (الخزفية 15-20%) (Porcelain تترافق مع السرطان)، الداء السكري، قصة التهاب بنكرياس صفراوي.

- المغص الصفراوي.
- التهاب المرارة – الحاد والمزمن.
- اختلاطات التهاب المرارة.
- حصيات القناة الصفراوية (حصيات CBD).

II. المغص الصفراوي BILIARY COLIC:

(أو التهاب المرارة المزمن)

- يكون لدى معظم المرضى المصابين بالتهاب المرارة الحاد قصة مغص صفراوي نوبي.
- الآلية: تنحشر الحصاة المرارية بشكل مؤقت في القناة المرارية، لا يوجد خمج.
- **الأعراض والعلامات:**

ألم ثابت (ليس مغصاً) في الشرسوف أو الربع العلوي الأيمن يستمر لدقائق أو ساعات.

يحدث بشكل متكرر ليلاً بعد الوجبة الدسمة.

قد ينتشر إلى الكتف الأيمن.

يترافق مع الغثيان / الإقياء.

لا توجد موجودات صفاقية.

لا توجد أعراض جهازية.

- **التشخيص التفريقي**: التهاب البنكرياس، القرحة الهضمية، الفتق الحجابي مع الجزر، التهاب المعدة.
- **الاستقصاءات التشخيصية:**

التحاليل الدموية طبيعية.

التصوير بفائق الصوت يظهر الحصيات.

- **المعالجة:**

استئصال المرارة الانتقائي (نسبة النجاح ٩٥%).

III. التهاب المرارة الحاد:

- **الآلية:**

التهاب المرارة الناجم عن انسداد القناة المرارية بواسطة حصاة مرارية (٨٠%).

في ٢٠% من الحالات لا توجد حصيات (الالتهاب اللاحصوي – انظر لاحقاً).

- **الأعراض والعلامات:**

ألم شرسوفي شديد ثابت أو ألم في الربع العلوي الأيمن.

الأعراض الجهازية: الحمى، تسرع القلب.

الموجودات الصفاقية البؤرية، علامة مورفي Murphy (توقف الشهيق المفاجئ عند الجس العميق للربع العلوي الأيمن).

جس المرارة في ثلث المرضى.

- **التشخيص التفريقي:**

القرحة الهضمية المثقبة.

احتشاء العضلة القلبية.

التهاب البنكرياس.

الفتق الحجابي.

ذات الرئة الفصية السفلية اليمنى.

التهاب الزائدة.

التهاب الكبد.

الهربس النطاقي.

- **الإجراءات التشخيصية:**

ارتفاع الكريات البيض مع انحراف للأيسر.

ارتفاع خفيف في البيليروبين والفوسفاتاز القلوية.

أحياناً ارتفاع خفيف في الـ AST والـ ALT.

يظهر فائق الصوت تمدد مع توذم المرارة، مع وجود سائل حول المرارة وحصاة كبيرة عالقة في عنق المرارة وعلامة مورفي الشعاعية.

- **الاختلاطات:**

الاستسقاء: تجمع المخاط في المرارة بسبب انسداد القناة المرارية مما قد يؤدي إلى النخر.

التموت Gangrene والانثقاب: مما قد يؤدي إلى خراج موضع أو التهاب صفاق معمم (يمكن أن يحدث بعد ٣ أيام من بداية التهاب المرارة).

الدبيلة المرارية (تجمع القيح في المرارة) (التهاب الأقنية الصفراوية القيحي).

الناسور المراري المعوي الناجم عن الهجمات المتكررة من التهاب المرارة.

العلوص بحصاة المرارة (انظر لاحقاً).

داء التحصي الصفراوي: ١٥% من المرضى المصابين بحصيات المرارية.

- الوفيات ٥%.
- **المعالجة:**

القبول في المشفى، الإماهة، أنبوب أنفي معدي، المضادات الحيوية في الحالات عالية الخطورة (الكهول، التثبيط المناعي).

عدم التحسن بالمعالجة المحافظة ← الجراحة خلال ٢٤-٤٨ ساعة (استئصال المرارة).

إجراء الجراحة الباكرة في الحالات عالية الخطورة (الداء السكري، الستيرويدات) أو المرض الشديد.

أنبوب فغر المرارة إذا كان التخدير العام مضاد استطباب.

IV. اختلاطات استئصال المرارة:

- **الاختلاطات العامة:**

خطر التخدير.

الاختلاطات بعد العمل الجراحي (انظر قسم الاختلاطات الجراحية).

- **الاختلاطات النوعية:**

أذية القناة الصفراوية (٠.٢-١%).

يتم التصحيح بواسطة المفاغرة على شكل حرف Y (المفاغرة بين قناة الصفراء والصائم).

ص٣٥ من الأصل e

الشكل ٧: مفاغرة قناة الصفراء بالصائم على شكل حرف Y.

V. التهاب المرارة اللاحصوي:

- التهاب حاد أو مزمن في المرارة دون وجود حصيات.
- عادة عند المرضى السكريين أو مثبطي المناعة أو بعد العمليات الجراحية.
- **الأسباب:**

التجفاف.

المرض الجهازي (مثل MOSF).

الإنتان المعمم.

تليف أو انفتال المرارة.

خثار الشريان المراري.

تشنج المصرة مع انسداد القناة الصفراوية والبنكرياسية.

الصيام المديد.

داء الأوعية الغرائي.

- **المعالجة:**

استئصال المرارة أو فغر المرارة.

VI. التهاب البنكرياس بحصاة مرارية:

- الآلية: انحشار حصاة مرارية في القناة البنكرياسية المشتركة.
- **الأعراض والعلامات:**

الألم الشرسوفي والظهري.

- **الاستقصاء التشخيصي:**

ارتفاع الأميلاز والليباز في المصل.

ارتفاع أنزيمات الكبد.

معظم الحالات ذات معايير رانسون خفيفة.

قد يظهر التصوير بفائق الصوت حصيات متعددة (قد تكون مرت بشكل عفوي) وتوذماً في البنكرياس.

الـ CT في الحالات الشديدة لتقييم الاختلاطات.

- **المعالجة:**

داعمة.

استئصال المرارة في نفس القبول بعد شفاء النوبة الحادة.

VII. العلوص بحصاة المرارة GALLSTONE ILEUS:

- الآلية: ناسور مراري – معوي (عادة عفجي) مع وجود حصاة مرارية كبيرة محشورة عادة عند

الدسام الدقاقي الأعوري.

- لا يعتبر علوصاً وإنما يعتبر انسداداً حقيقياً في الأمعاء الدقيقة (جزئياً أو تاماً).
- **التظاهرات السريرية:**

ألم بطني ماعص، غثيان، إقياء.

- **الاستقصاء التشخيصي:**

صورة البطن الشعاعية (بالوضعيات الثلاثة) تظهر توسع الأمعاء الدقيقة، حصاة مرارية في الربع العلوي الأيمن ووجود الهواء في الشجرة الصفراوية (١٥%).

إذا لم تكن الصورة واضحة تؤخذ صورة للقسم العلوي من الجهاز المعدي المعوي.

- **المعالجة:**

الإماهة، إجراء الجراحة لاستئصال الحصاة (بضع الأمعاء Enterotomy)، لا ضرورة لاستئصال المرارة (٣٠% استئصال المرارة).

فقط إذا كانت الأعراض مزمنة.

ينغلق الناسور عادة بشكل عفوي

- الوفيات ١٠-١٥%.

VIII. التقييم التشخيصي للشجرة الصفراوية:

- إن التصوير بفائق الصوت هو الإجراء التشخيصي المختار.
- **تصوير المرارة الفموي:**

تعطى مادة ظليلة في الليلة السابقة للتصوير، ويتم البحث عن وجود خلل امتلاء filling Defct (الحصيات).

فشل تظليل المرارة يشير إلى انسداد تام بواسطة الحصاة أو عدم قدرة المرارة على التركيز بسبب الالتهاب.

- **تفريسة الـ HIDA: (حمض داي ميثيل إيمينو داي أسيتيك)**

يتم إطراح التغنشيوم المشع بتراكيز عالية في الصفراء.

يقترح بقوة وجود التهاب المرارة الحاد إذا لم تتم مشاهدة المرارة (بسبب انسداد القناة المرارية) بعد ٤ ساعات من الحقن.

موثوق عندما يكون البيليروبين أعلى من ٢٠.

- **الـ PTC:**

حقن مادة ظليلة عن طريق الإبرة التي تدخل عبر البارانشيم الكبدي.

مفيد في آفات القناة الصفراوية القريبة أو عندما يفشل الـ ERCP.

تعطى المضادات الحيوية دوماً قبل إجراء الـ PTC، وهو مضاد استطباب في حال وجود التهاب الطرق الصفراوية.

- **الـ ERCP:** تصوير الأقنية الصفراوية والبنكرياس الراجع بالتنظير الباطني.

من الممكن تظليل الأقنية الصفراوية والبنكرياسية.

هي الطريقة المفضلة لإظهار حصيات القناة الصفراوية المشتركة (CBD) والمنطقة حول المجل Periampullary.

IX. تحصي قناة الصفراء:

- وجود حصيات في القناة الصفراوية المشتركة.
- **الأعراض والعلامات:**

٥٠% من الحالات لاعرضية.

إيلام في الربع العلوي الأيمن أو في الشرسوف.

ألم صفراوي مع عرواءات متقطعة أو حمى أو يرقان متموج.

التهاب الأقنية الصفراوية النوبي.

يتراوح المجال من شخص سليم إلى اليرقان والسمية والحمى المرتفعة والعرواءات.

- **الاستقصاءات التشخيصية:**

ارتفاع البيليروبين (أقل من ١٠)، الفوسفاتاز القلوية.

ارتفاع الكريات البيض أكثر من ٢٠ ألف غالباً.

الفحص بفائق الصوت (توسع القناة)، لا يتحرى حصيات الـ CBD.

الـ ERCP (إذا لم يجرَ استئصال سابق للمرارة) وما عدا ذلك يجرى الـ PTC.

- **المعالجة:**

المضادات الحيوية، الأنبوب الأنفي المعدي، الإماهة الوريدية.

إذا لم يحدث التحسن خلال ٢-٤ أيام يجرى الـ PTC/ ERCP مع بضع المصرة Sphincterotomy أو الجراحة مع استكشاف الـ CBD واستصال المرارة بالتنظير.

X. التهاب الأقنية الصفراوية الحاد:

- **الآلية:** انسداد القناة الصفراوية المشتركة مما يؤدي إلى الركود الصفراوي وفرط النمو الجرثومي والتقيح والإنتان الصفراوي – مهدد للحياة.
- **الأسباب:**

تحصي قناة الصفراء (٦٠%).

التضيق التالي للجراحة.

أورام البنكرياس أو الأورام الصفراوية.

- **العضيات:** العصيات الكولونية، الكليبسيلا، العصيات الزرق، المكورات المعوية، العصوانيات الهشة، المتقلبات.

- **الأعراض والعلامات:**

ثلاثي شاركوت: الحمى، اليرقان، الألم في الربع العلوي الأيمن.

خماسي رينولد: ثلاثي شاركوت + التخليط الذهني + هبوط الضغط الدموي المؤدي للقصور الكلوي.

- **الاستقصاءات التشخيصية:**

ارتفاع الكريات البيض.

ارتفاع اختبارات الوظيفة الكبدية والبيليروبين المقترن.

يظهر التصوير بفائق الصوت الحصيات المرارية في المرارة مع أو دون الحصيات في الأقنية الصفراوية (حوالي ١٠-١٥%) مع أو دون توسع الأقنية الصفراوية خارج الكبدية أو داخل الكبدية.

- **المعالجة:**

المضادات الحيوية، الإماهة.

الـ ERCP الإسعافي: مشخص وعلاجي بإجراء بضع الحليمة Papillotomy لاستئصال الحصيات.

إذا لم يكن الـ ERCP متوفراً أو ناجحاً فيتم اللجوء لـ PTC.

إذا لم يتوفر الـ ERCP ولا الـ PTC فيتم اللجوء للجراحة لتخفيف الضغط عن الـ CBD ← وضع أنبوب T.

عند الكهول لا ضرورة لاستئصال المرارة إذا كان الـ ERCP وبضع الحليمة كافيين.

XI. كارسينوما القناة الصفراوية:

- معظمها كارسينوما غدية.
- تشكل ٢% من وفيات السرطان (١/ ٨ شيوع سرطان البنكرياس).
- **الترافقات:**

العمر ٥٠-٧٠ عاماً.

العمر ٢٠-٤٠ في حال وجود التهاب الكولون القرحي، الخمج الطفيلي بمتفرع الخصية الصيني، التهاب الطرق الصفراوية المصلب، كيسة القناة الجامعة.

الذكور/ الإناث = ١/ ٢.

- **التظاهرات السريرية:**

الموضعية: ألم بالربع العلوي الأيمن، كتلة مجسوسة (إذا كان الورم في الـ CBD).

الجهازية: اليرقان الشديد، الحكة، فقد الوزن، القمه.

- **الاستقصاءات:**

ورم كلاتسكين Klatskin (في تفرع القناة الكبدية المشتركة) يؤدي إلى ارتفاع الفوسفاتاز القلوية والبيليروبين لكن الـ AST تكون طبيعية.

- **التشخيص**: فائق الصوت والـ CT (الأقنية الصفراوية المتوسعة)

والـ ERCP والـ PTC (يرسمان حدود الورم).

- **المعالجة:**

وضع أو عدم وضع دعامة Stent من أجل التلطيف.

التشعيع أو عملية ويبل Whipple إذا كان الورم عند النهاية السفلية لـ CBD.

- **الإنذار:**

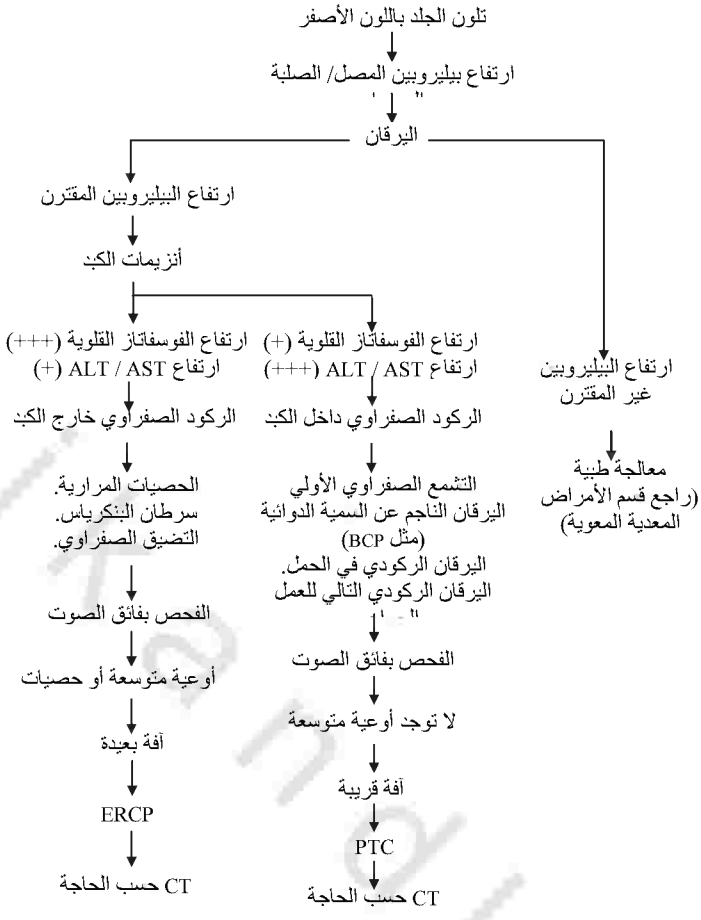
الانتشار: النمو إلى الوريد البابي أو الشريان الكبدي، الكبد، العقد النقيرية.

البقيا لـ ٥ سنوات تعادل ١٠-١٥%.

تحدث الوفاة نتيجة التشمع الصفراوي المترقي أو الخمج المستمر داخل الكبد وتشكل الخراج أو الإنتان.

obeikandl.com

XII. اليرقان JAUNDICE:



الشكل ٨: مقاربة اليرقان جراحياً.

I. التهاب البنكرياس الحاد: (راجع قسم الأمراض المعدية المعوية).

- لا يوجد عادة تدبير جراحي في التهاب البنكرياس الحاد غير المختلط.
- الاستطبابات الجراحية في التهاب البنكرياس الحاد:

أخماج البنكرياس الثانوية – الخراج، الكيسات الكاذبة المخموجة/ النخر.

التهاب البنكرياس المرافق للحصاة المرارية.

عدم التأكد من التشخيص السريري.

تفاقم الحالة السريرية رغم المعالجة الداعمة المثالية.

- **الاختلاطات:**

الكيسات الكاذبة (٢-١٠%):

تجمع من المفرزات البنكرياسية ضمن كيسة تفتقد للظهارة الحقيقية.

خطر التمزق والنزف والخمج (نادر).

تحدث بعد ٢-٣ أسابيع من الهجمة: استمرار الألم، الحمى، العلوص، الكتلة، الغثيان/ الإقياء، الشبع الباكر، استمرار ارتفاع الأميلاز.

تشفى عفوياً في ٤٠% من الحالات خلال ٦-١٢ أسبوعاً (الإبقاء على التغذية الخلالية الكاملة TPN ولا شيء عن طريق الفم).

التشخيص: سريرياً وبفائق الصوت والـ CT.

المعالجة: النزح الداخلي (مفضل) أو النزح الخارجي (لاحقاً إذا كان المريض مخموجاً أو عليلاً) حالما تنضج الكيسة الكاذبة.

الخزعة لنفي الخباثة.

معدل النكس ١٠%.

الخراج (٥%):

يحدث بعد ١-٤ أسابيع من الهجمة: الحمى، الحالة السمية، الألم البطني، التمدد.

التشخيص: ارتفاع الأميلاز، زيادة الـ (ALT/ AST 50%)، ارتفاع الكريات البيض، CT (سائل مع غاز).

وفيات مرتفعة – نحتاج إلى تنضير جراحي شديد مع استخدام المضادات الحيوية واسعة الطيف.

الحبن:

ثانوي لتمزق الكيسة الكاذبة (شائع) أو تمزق القناة البنكرياسية المباشر.

يتم التشخيص بواسطة بزل البطن Paracentesis: ارتفاع الأميلاز مع ارتفاع البروتين.

المعالجة: لا شيء عن طريق الفم، التغذية الخلالية الكاملة لمدة ٢-٣ أسابيع، السوماتوستاتين.

يجرى الـ ERCP إذا لم يتم الشفاء من أجل تحديد التشريح، فغر الصائم على شكل الحرف Y إلى مكان الرشح.

النخر:

يتم تشخيصه بواسطة الـ CT.

المعالجة: التنضير Debridement.

النزف:

تآكل أم الدم الشريانية الكاذبة الناجم عن الكيسة الكاذبة أو الخراج أو التهاب البنكرياس النخري.

التظاهرات السريرية: زيادة الكتلة البطنية، الألم البطني، هبوط ضغط الدم.

التشخيص: التصوير الوعائي.

المعالجة: الجراحة مباشرة.

الإنتان.

الـ MOSF.

- **الإنذار بالنسبة لكل الحالات:**

٨٠% يحدث تحسن سريع.

٢٠% يكون لديهم اختلاط واحد على الأقل، يموت ثلثهم على الأقل.

II. التهاب البنكرياس المزمن: (راجع قسم الأمراض المعدية المعوية).

- **المعالجة الجراحية:**

استطبابات المعالجة الجراحية: الألم البطني المنهك، انسداد الـ CBD، انسداد العفج، بقاء الكيسة الكاذبة.

الـ ERCP من أجل التدبير الجراحي المخطط له – الأقنية المتوسعة مع مناطق من التضيق (سلسلة البحيرات).

إجراء النزح إذا كان قطر الأقنية أكبر من ٨ ملم.

إجراء عملية بوستو Puestow Surgery (الفغر الصائمي البنكرياسي الطولاني).

يزول الألم في ٨٠—٩٠% من الحالات ولكن بعد ٥ سنوات من العمل الجراحي يبقى ٥٠-٦٠% فقط من المرضى دون ألم.

عملية ويبل Whipple (استئصال العفج والبنكرياس) تؤدي إلى زوال الألم في ٨٠% من الحالات.

استئصال البنكرياس:

يستخدم في حالة عدم وجود أقنية متوسعة.

يعتمد مقدار الاستئصال على البؤرة المرضية (أي استئصال محدود أو استئصال تحت تام أو استئصال تام).

لا يتم الوصول للكيسة الكاذبة عبر الجلد إلا إذا كان النزح المباشر للخمج مطلوباً. إن الهدف هو السماح لجدار الكيسة الكاذبة بالنضج (٣-٤ أسابيع) يليه إجراء النزح الداخلي على المعدة.

III. سرطان البنكرياس:

- **الوبائيات:**

خامس أشيع سبب للوفيات الناجمة عن السرطان.

المنحدرون من أصل إفريقي معرضون لخطورة زائدة.

الذكور/ الإناث ١.٧/ ١.

العمر (وسطياً ٥٠-٧٠ عاماً).

- **عوامل الخطورة:**

التقدم بالعمر.

التدخين (٢-٥ أضعاف).

القوت الغني بالشحوم/ الفقير بالألياف.

التهاب البنكرياس المزمن.

الداء السكري.

الاستخدام الشديد للكحول.

المواد الكيماوية: البنزيدين، البيتانافثيلامين.

- **التظاهرات السريرية: تتعلق بمكان الورم.**

رأس البنكرياس (٧٠%):

فقد الوزن، اليرقان الانسدادي غير المؤلم.

كتلة الورم المجسوسة = غير قابل للشفاء.

علامة كورفوازيه = المرارة المجسوسة غير المؤلمة عند المريض المصاب باليرقان تقترح انسداد القناة الصفراوية المشتركة الخبيث.

قانون كورفوازيه = إن المرارة المجسوسة المتمددة غير المؤلمة من غير المحتمل أن تكون ناجمة عن التحصي الصفراوي.

كارسينوما جسم البنكرياس أو ذيل البنكرياس (٣٠%):

تميل للتظاهر في مرحلة متأخرة وهي غير قابلة للعمل الجراحي عادة.

أقل من ١٠% من الحالات لديهم يرقان.

فقد الوزن، الألم المبهم في منتصف الشرسوف.

البداية المفاجئة للداء السكري.

- **قاعدة جراحية**: إن الألم البطني المبهم مع فقد الوزن مع أو دون وجود اليرقان عند مريض أكبر من عمر ٥٠ عاماً يعني وجود سرطان البنكرياس حتى يثبت العكس.

- **التشخيص:**

الفحوص المصلية الكيماوية غير نوعية: ارتفاع الفوسفاتاز القلوية وارتفاع البيليروبين (أكثر من ١٨).

دلائل على الانسداد: التصوير بفائق الصوت، الـ ERCP (هو الأفضل)، الـ PTC، الـ CT.

انتبه للتدرن واللمفوما (هذه لا تعالج جراحياً).

- **التشريح المرضي:**

الكارسينوما الغدية القنيوية – أشيع نمط (٧٥-٨٠%).

الكارسينوما كبيرة الخلايا (٤%).

الكارسينوما الغدية الثائكة (٣%).

أشكال أخرى: المخاطي، الكارسينوما الغدية الكيسية، كارسينوما الخلية العنيبية Acinar.

- **الانتشار:**

الباكر: إلى العقد اللمفية الموضعية والكبد.

- **المعالجة:**

الأورام القابلة للعمل الجراحي (أي لا توجد انتقالات خارج البطن أو إلى الكبد أو البنى الصفاقية ولاتوجد إصابة في سرة الكبد أو في الشريان المساريقي العلوي أو الوريد البابي عند جسم البنكرياس):

٢٠% من حالات سرطان رأس البنكرياس يمكن أن تستأصل.

عملية ويبل (استئصال العفج والبنكرياس) من أجل الشفاء – نسبة الوفيات ٥%.

استئصال البنكرياس البعيد مع أو دون استئصال الطحال، واستئصال العقد اللمفية إذا كانت الكارسينوما في منتصف جسم البنكرياس وذيل البنكرياس.

الأورام غير القابلة للعمل الجراحي (أي تشمل الكبد أو الجملة الوعائية أو العقد الناحية):

معظم سرطانات جسم وذيل البنكرياس غير قابلة للاستئصال.

التخلص من الانسداد الصفراوي / العفجي عن طريق وضع دعامة Stenting بالتنظير الداخلي أو إجراء المجازة المزدوجة (مفاغرة قناة الصفراء مع الأمعاء، المفاغرة المعدية المعوية).

المعالجة الملطفة للسيطرة على الألم:

إشراك المعالجة الكيماوية والشعاعية من أجل التلطيف وزيادة البقيا الطبية بعد الجراحة.

- **الإنذار:**

البقيا الوسطية – ٧ شهور.

البقيا لـ ٥ سنوات تعادل ١٠%.

بعد عملية ويبل، البقيا الوسطية ١٨ شهراً.

إذا كانت حواف القطع نظيفة ولا يوجد انتشار ورمي فإن البقيا لـ ٥ سنوات في الكارسينوما الأمبولية Ampullary 30% وللكارسينوما البنكرياسية ٢٠%.

أهم المؤشرات الإنذارية هو حالة العقد اللمفية.

obeikandl.com

ص ٤١ من الأصـــــل e

الشكل ٩: عملية ويبل.

I. فرط الطحالية HYPERSPLENISM: (انظر قسم أمراض الدم).

- تزايد الوظائف الطحالية الطبيعية مثل التخلص من الكريات الحمر الهرمة والمعيبة وتدميرها وتوشيظ الخلايا الطبيعية وإنتاج الغلوبولينات المناعية.
- **الأسباب:**

فرط الطحالية الأولي:

نادر.

التشخيص يتم بنفي الأسباب الأخرى.

فرط الطحالية الثانوي:

الاحتقان التالي لفرط التوتر البابي (وهو الأشيع).

الورم: اللمفوما، الابيضاض، الحؤول النقواني.

الأخماج: EBV، التدرن.

الأمراض الالتهابية: الساركويد، التهاب المفاصل الروماتويدي.

الأمراض الدموية: كثرة الكريات الحمر الكروية، عوز G6PD.

أدواء الخزن: داء غوشر، الداء النشواني.

- **التظاهرات السريرية:**

+/- حس امتلاء في الربع العلوي الأيسر مع الانزعاج، التمزق العفوي.

فقر الدم، قلة الكريات البيض، نقص الصفيحات.

- **التشخيص:**

تعداد الدم الكامل مع الصيغة، واللطاخة الدموية، ورحلان الخضاب الكهربي.

خزعة نقي العظم.

اختبارات الوظيفة الطحالية: الكريات الحمر (أو الصفيحات) الموسومة شعاعياً وذلك لقياس معدل الاختفاء.

- **المعالجة:**

استئصال الطحال.

إنقاص عدد مرات نقل الدم وعدد الأخماج ومنع النزف وإنقاص الألم.

II. استئصال الطحال SPLENECTOMY:

- **الاستطبابات:**

الدائمة:

الورم الطحالي الأولي (نادر).

كثرة الكريات الحمر الكروية الوراثي.

المعتادة:

فرط الطحالية الأولي.

فرفرية نقص الصفيحات المناعي المزمن.

خثار الوريد الطحالي المسبب لدوالي المري.

الخراج الطحالي.

أحياناً:

الأذية الطحالية (أشيع سبب لاستئصال الطحال).

- **الاختلاطات:**

قصيرة الأمد:

انخماص الفص السفلي الأيسر من الرئة.

أذية البنيات المحيطة مثل جدار المعدة وذيل البنكرياس.

النزف التالي للعمل الجراحي.

الخثار وكثرة الكريات البيض بعد العمل الجراحي.

الخراج تحت الحجاب.

طويلة الأمد:

الإنتان التالي لاستئصال الطحال (العضيات ذات المحفظة).

٤% من المرضى الذين استؤصل طحالهم.

الوفيات ٥٠%.

- **الوقاية:**

اللقاحات: ضد الرئويات والمستمبات النزلية.

البنسلين للأطفال دون عمر ١٨ سنة.

obeikandl.com

الناسور FISTULA

- هو وجود اتصال غير طبيعي بين سطحين ظهاريين.
- **الأسباب:**

التآكل الناجم عن جسم أجنبي (مثل الحصاة المرارية والطعم).

الخمج.

الداء المعوي الالتهابي (خاصة داء كرون).

الخلقي.

الرض.

علاجي المنشأ.

- **لماذا يبقى الناسور مفتوحاً (FRIENDO)؟.**

الجسم الأجنبي Foreign body.

الإشعاع Radiation.

الخمج Infection.

التظهرن Epithelialization.

الورم Neoplasm.

الانسداد البعيد (الأشيع) Distal obstruction.

أسباب أخرى: زيادة الجريان، الستيرويدات (قد تثبط الانغلاق لكنها لا تحافظ عادة على الناسور).

- **تدبير ناسور الأمعاء:**

التخلص من الانسداد.

توازن السوائل والكهارل.

التغذية: ثمالة قليلة / عنصرية Elemental.

إنقاص الجريان: لا شيء عن طريق الفم، التغذية الخلالية الكاملة.

إنقاص الإفراز – الأوكتريوتيد/ السوماتوستاتين.

العناية بالجلد (الناسور الجلدي المعوي، الأنزيمات الحالة للبروتين).

معرفة التشريح: تصوير الناسور.

المداخلة الجراحية ويعتمد ذلك على السبب أو في حالة عدم التأكد من التشخيص.

obeikandl.com

I. الداء الليفي الكيسي FIBROCYSTIC DISEASE:

- مرض سليم في الثدي يتكون من تبدلات ليفية وكيسية في الثدي.
- العمر ٣٠-٥٠ سنة.
- الألم مع كتل متعددة في الثديين.
- يتغير الحجم والإيلام مع الدورة الطمثية.
- في حالة عدم وجود كتلة مسيطرة، تتم المراقبة للتأكد من عدم سيطرة أي كتلة.
- في حالة وجود كتلة مسيطرة يتم اللجوء للبزل عبر الإبرة الدقيقة (انظر لاحقاً).
- إذا كانت السيدة فوق سن الأربعين يتم إجراء تصوير الثدي كل ٣ سنوات.

II. الورم الغدي الليفي FIBROADENOMA:

- أشيع ورم سليم في الثدي عند النساء.
- غير محتمل الخباثة.
- العمر عادة دون ٣٠ سنة.
- عقيدة ناعمة مطاطية مميزة غير مؤلمة متحركة.
- يتم استئصال العقيدة عادة لإثبات التشخيص.

III. النخر الشحمي FAT NECROSIS:

- ناجم عن الرض (رغم أن قصة الرض الإيجابية لا توجد إلا في ٥٠% من الحالات).
- كتلة صلبة غير واضحة تماماً مع انسحاب الجلد أو الحلمة.
- الإيلام + / -.
- يتراجع لوحده لكن الخزعة الاستئصالية الكاملة هي المقاربة الأكثر سلامة لنفي الكارسينوما.

IV. الورم الحليمي PAPILLOMA:

- سليلة سليمة وحيدة داخل الأقنية.
- أشيع سبب للمفرزات الدموية من الحلمة.

V. التشخيص التفريقي للمفرزات من الحلمة:

- المفرزات الدموية: الورم الحليمي، الكارسينوما الحليمية، الكارسينوما داخل الأقنية، داء باجيت، التبدلات الليفية الكيسية.
- المفرزات المصلية: فرط التنسج القنوي، الحمل، حبوب منع الحمل، الطموث، السرطان.
- المفرزات الخضراء/ البنية: توسع الأقنية البنية، التبدلات الليفية الكيسية.
- المفرزات القيحية: الخراج.

- المفرزات الحليبية: بعد الإرضاع، حبوب منع الحمل، الورم البرولاكتيني.

VI. التهاب الثدي MASTITIS:

- الأمهات المرضعات: فرادي، أو وبائي.
- العامل المسبب: العنقوديات المذهبة.
- الألم الموضع وحيد الجانب، الإيلام والحمامى.
- الفرادي؛ عدم إصابة الجهاز القنيوي والعنيبي Acinar ولهذا السبب يجب متابعة إرضاع الرضيع.
- المتكرر: بسبب قلس الحليب بشكل راجع إلى الأقنية ولهذا السبب يتم إيقاف الإرضاع الوالدي وتثبيط الإرضاع.
- المعالجة بالمضادات الحيوية: إذا تأخر البدء بها أكثر من ٢٤ ساعة يزداد خطر حدوث الخراج الذي يحتاج للشق والنزح.

VII. سرطان الثدي:

- **الوبائيات:**

أشيع سرطان عند النساء (باستثناء الجلد).

ثاني أشيع سبب لوفيات السرطان عند النساء.

أشيع سبب للوفاة في العقد الخامس.

الخطر خلال حياة المرأة ١/ ٩.

- **السببيات:**

متعدد العوامل.

تلعب الوراثيات دوراً في ١٥% من الحالات.

- **عوامل الخطورة:**

العمر: ٨٠% من الحالات فوق عمر الـ ٤٠ عاماً.

الجنس: ٩٩% من الحالات عند الإناث.

وجود قريبة من الدرجة الأولى مصابة بسرطان الثدي، يزداد الخطر أكثر إذا كانت إصابة هذه القريبة قبل سن الإياس.

العوامل الجغرافية: أعلى معدل للوفيات في إنكلترا وويلز وأقله في اليابان.

عدم إنجاب أطفال.

العمر المتأخر في أول حمل.

سن بدء الإحاضة أقل من ١٢ سنة، وسن الإياس بعد الـ ٥٥.

السمنة.

تناول الكحول الشديد.

بعض أشكال خلل التنسج في الثدي.

القصة السابقة لسرطان الثدي.

قصة التشعيع بجرعات منخفضة.

إجراء خزعة ثدي سابقة بصرف النظر عن التشريح المرضي.

حبوب منع الحمل/ إعاضة الأستروجين قد تزيد الخطر.

- **الإجراءات التشخيصية لكتلة في الثدي:**

القصة:

منذ متى لوحظت الكتلة؟.

هل لوحظ أي تبدلات؟.

قصة خزعة أو سرطان ثدي.

عوامل الخطورة لسرطان الثدي يجب الانتباه إليها، لكن وجودها أو غيابها لا يؤثر على قرار إجراء المزيد من الاستقصاءات لكتلة الثدي.

الفحص السريري:

لكشف المظاهر التي تميز الكتل الخبيثة عن السليمة.

الكتل السليمة: ناعمة، محددة جيداً، متحركة.

الكتل الخبيثة: غير منتظمة، غير محددة جيداً، أقل حركة.

العلامات الأخرى للخباثة:

تبدلات الجلد: الوذمة، الرصعة Dimpling، الانكماش، الاحمرار، التقرح.

الحلمة: مفرزات دموية، التقشر، التقرح، الانقلاب.

الأوردة الواضحة، العقد اللمفية الإبطية / فوق الترقوة المجسوسة، وذمة الذراع.

تصوير الثدي:

المظهر النجمي والحافة الشوكية Spiculated – علامة واصمة لسرطان الثدي.

تكلسات مجهرية.

حواف الآفة غير واضحة.

التفصص.

تخرب البنية المعمارية.

زيادة التوعية.

التبدلات المشاهدة بتصوير الثدي المجرى بفواصل زمنية.

إن تصوير الثدي الطبيعي لا ينفي الاشتباه بالسرطان (اعتماداً على الموجودات السريرية).

الرشف بالإبرة الدقيقة (FNA):

إذا كان السائل غير مدمى واختفت الكتلة بشكل كامل فإن التشخيص هو الكيسة البسيطة ولا حاجة لإجراء الدراسة الخلوية.

إذا كان السائل مدمى / أو لم يكشف أي سائل أو لم تختفي الكتلة بشكل كامل فيجب إرسال الخلايا إلى التحليل الخلوي Cytology.

الخزعة:

عندما يبقى الشك موجوداً حول طبيعة الكتلة (خبيثة أو سليمة).

الخزعة اللبية Core Biopsy: إزالة لب من النسيج السليم عبر إبرة قياس ١٤.

الخزعة الاستئصالية: الاستئصال الجراحي لكامل الآفة مع كم Cuff من النسيج السليم.

- **تصنيف المراحل:**

التصنيف السريري مقابل الباثولوجي:

السريري: تقييم حجم الورم، إصابة العقد، والانتقالات.

حجم الورم عن طريق الجس وتصوير الثدي.

إصابة العقد عن طريق الجس.

الانتقالات عن طريق الفحص السريري وصورة الصدر الشعاعية واختبارات وظائف الكبد.

الباثولوجي:

الفحص النسيجي.

يجب إجراء التسليخ الإبطي لتحديد المرحلة بدقة وإنقاص خطر النكس الإبطي.

اختبار مستقبلات الأستروجين / البروجسترون.

- **الباثولوجيا:**

١. غير الغازي:

الكارسينوما القنيوية في الموضع:

خطر تطور الكارسينوما القنيوية المرتشحة في نفس الثدي.

الاستئصال مع حواف نظيفة + / - الإشعاع.

الكارسينوما الفصيصية في الموقع:

علامة خطورة مستقبلاً للكارسينوما القنيوية المرتشحة في أي من الثديين (الخطر خلال ٢٠ عاماً يبلغ ٢٠-٣٠%).

المراقبة عن كثب (التفكير باستئصال الثدي ثنائي الجانب عند المريضة عالية الخطورة).

٢. الغازي:

الكارسينوما القنيوية المرتشحة (الأشيع: ٨٠%).

الصفات: قاسية، صلدة، مرتشحة، مظهر رملي بالمقطع العرضي.

الكارسينوما الفصية الغازية (٨-١٠%):

أكثر ميلاً لأن تكون ثنائية الجانب، إنذار أفضل.

داء باجيت (١-٣%):

كارسينوما قنيوية تغزو الحلمة مع آفة أكزيمائية متوسفة.

الكارسينوما الالتهابية (١-٤%):

كارسينوما قنيوية تشمل الأوعية اللمفاوية الجلدية.

الشكل الأكثر غزواً من سرطان الثدي.

علامة قشر البرتقال تشير إلى المرض المتقدم (IV-IIIb).

كذلك السرطانات الحليمية واللبية والغروانية Colloid والأنبوبية.

ساركومات الثدي (نادرة):

الأكثر شيوعاً هو الشكل السليم العرطل من الورم الغدي الليفي (الساركوما الكيسية الورقية Phyllodes) 1 من كل ١٠ خباثات.

الجدول ٧: تصنيف مراحل سرطان الثدي (اللجنة الأمريكية المشتركة).

المرحلة	الورم	العقد (الناحية)	الانتقالات
٠	في الموضع	لا يوجد.	لا يوجد.
I	أقل من ٢ سم.	لا يوجد.	لا يوجد.
II	أقل من ٢ سم.	في نفس الجانب متحركة.	لا يوجد.
	أو ٢-٥ سم.	لا يوجد أو متحركة في نفس الجانب.	لا يوجد.
	أو أكبر من ٥ سم.	لا يوجد.	لا يوجد.
III	أي حجم.	عقد ثابتة بنفس الجانب أو العقد الثديية الباطنة.	لا يوجد.
	أو إصابة الجلد أو جدار الصدر.	أي عقد.	لا يوجد.
IV	أي ورم.	أي عقد.	بعيدة.

١. المعالجة الأولية لسرطان الثدي:

- **المرحلة I و II: الجراحة شافية.**

الجراحة الحافظة للثدي (استئصال الكتلة Lumpectomy):

استئصال الورم إضافة إلى كم Cuff من النسيج الطبيعي والمحافظة على المظهر الجمالي للثدي.

الإشعاع المساعد مما ينقص نسبة النكس الموضعي (لا تغير من نسبة البقيا).

النتائج بصورة عامة مساوية لاستئصال الثدي.

استئصال الثدي Mastectomy:

إزالة كافة نسيج الثدي بما فيه الحلمة واللفافة المغطية للعضلات الصدرية مع الإبقاء على العضلات المستبطنة والتعصيب.

الاستطبابات:

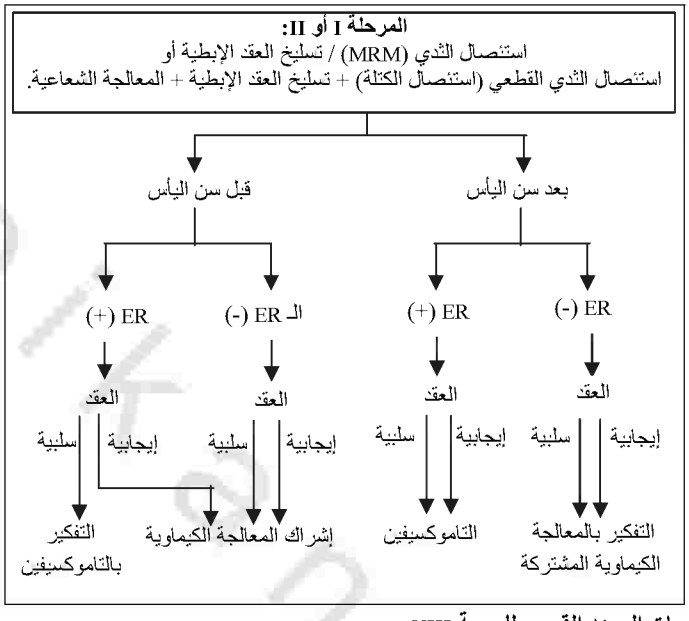
العوامل التي تزيد خطر النكس الموضعي: التكلس الشديد على صورة الثدي، الأورام المتعددة، فشل الحصول على حافة خالية من الورم.

وجود مضادات الاستطباب للمعالجة الشعاعية: الحمل، التشعيع السابق، داء الأوعية الغرائي، العجز الفيزيائي الذي يعيق المعالجة.

الورم كبير الحجم نسبة للثدي.

تفضيل المريضة (لا حاجة للإشعاع).

انظر الشكل ١٠.



الشكل ١٠: توصيات المعهد القومي للصحة NIH.

- **المرحلة III-IV:** إجراء العمل الجراحي للسيطرة الموضعية.
- **استطبابات المعالجة الكيماوية:**

الأورام الأكبر من ٥ سم.

الكارسينومات الالتهابية.

الامتداد للجلد أو جدار الصدر.

٢. المعالجة المساعدة – المعالجة الكيماوية:

- **الاستطبابات:**

المجموعات الفرعية من المرحلة I ذات الخطر العالي للنكس:

غزو الأوعية اللمفية.

الأورام عالية الدرجة.

النسبة العالية للخلايا السرطانية في الطور S.

الـ DNA مختل الصيغة الصبغية.

- **تميل المريضات قبل سن الإياس** لأن تكون استجابتهن أفضل للمعالجة الكيماوية السامة للخلايا بسبب الميل للإصابة بالأورام الأكثر شدة.
- **المعالجة:**

المريضات بعد سن الإياس مع عقد لمفية إيجابية وسلبية مستقبلات الأستروجين.

CMF لمدة ٦ شهور.

ملاحظة: مازال الجدل قائماً حول المعالجة الكيماوية المساعدة عند النساء قبل سن الإياس سلبيات العقد.

٣. المعالجة المساعدة: الهرمونية.

- **مستقبلات الأستروجين والبروجسترون:**

تساعد على توقع احتمال التراجع عند المعالجة بالمعالجة الهرمونية.

أهمية إنذارية.

- أشيع المعالجات المساعدة = التاموكسيفين Tomoxifen (مضاد أستروجني).
- **المعالجات الثانوية:**

الاستجابة السريرية السابقة لإحدى المعالجات الهرمونية يتنبأ بالاستجابة للمعالجة الهرمونية الأخرى وبالتالي يتم إعطاء المعالجات الهرمونية الثانوية:

البروجستينات: الميجسترول أسيتات (Megarce).

مثبطات الأروماتاز: تحرض استئصال الكظر الطبي مثل الأمينوغلوتيتاميد + الهيدروكورتيزون.

الأستروجينات: الداي إيثيل ستلبسترول.

الأندروجينات: الفلوأوكسي ميستيرون.

استئصال المبيض عند المريضات قبل سن الإياس اللواتي لديهن انتقالات (ليس له أفضلية على التاموكسيفين).

٤. المعالجة المساعدة – الإشعاع:

مع الجراحة المحافظة على الثدي.

المريضات اللواتي لديهن خطر عال للنكس الموضعي.

التشعيع الإضافي على الثدي ينقص النكس الموضعي ويزيد فترة البقيا الخالية من المرض (لا يغير من نسبة البقيا الإجمالية).

٥. سرطان الثدي بعد المعالجة الجراحية:

- **متابعة المريضة بعد إجراء استئصال الثدي:**

القصة والفحص السريري كل ٤-٦ أشهر.

إجراء تصوير الثدي سنوياً للثدي المتبقي.

- **متابعة المريضة بعد إجراء استئصال الثدي القطعي:**

القصة والفحص السريري كل ٤-٦ شهور.

تصوير الثدي كل ٦ شهور لمدة سنتين ثم كل سنة بعد ذلك.

- **يجرى عند وجود استطباب سريري:**

صورة الصدر الشعاعية.

تفريسة العظم.

اختبارات وظائف الكبد.

تفريسة الـ CT للبطن.

CT الدماغ.

٦. النكس الموضعي – الناحي:

- النكس في الثدي المعالج أو في الإبط في الجهة الموافقة، تتطور الخباثة في الجهة المقابلة في ١٠% من الحالات.
- يكون لدى ٥٠% من المريضات مرض انتقالي يحتاج إلى إجراءات تشخيصية، ويحدث عادة بشكل أكبر خلال السنوات الثلاثة الأولى.
- الاستئصال الجراحي الكامل أو المعالجة الشعاعية أو كلاهما.
- تكون المعالجة ملطفة لهذه المجموعة.

٧. المرض الانتقالي:

- الرئة ٦٥%.
- العظم ٥٦%.
- الكبد ٥٦%.

٨. التقصي:

- هام من أجل الكشف الباكر.
- فحص الثدي الذاتي، بدءاً من عمر ٢٠ عاماً.
- تصوير الثدي عند النساء فوق عمر ٥٠ عاماً كل ١-٢ سنة أو كل سنة عند المريضات عاليات الخطورة.

٩. الإنذار:

- كل المريضات: البقيا لـ ٥ سنوات تعادل ٦٣%، والبقيا لـ ١٠ سنوات تعادل ٤٦%.
- أفضل تحديد للإنذار يكون حسب المرحلة.
- إذا كان المرض موضعاً في الثدي فإن معدل الشفاء السريري هو ٧٥-٩٠%.
- إذا كان المرض موضعاً ومستقبلات الأستروجين إيجابية فإن البقيا لـ ٥ سنوات تعادل ٩٠%.
- إذا كانت العقد الإبطية إيجابية فإن البقيا لـ ٥ سنوات تعادل ٤٠-٥٠% ولمدة ١٠ سنوات تعادل ٢٥%.

VIII. كتل الثدي عند الذكر MALE BREAST LUMPS:

- التثدي.
- **كارسينوما الثدي:**

عادة فوق عمر الخمسين.

كتلة قاسية غير مؤلمة مع أو دون انكماش الحلمة أو التقرح أو المفرزات.

غالباً ما تكون قد انتقلت وقت التشخيص ولهذا السبب يكون الإنذار سيئاً.

obeikandl.com

راجع قسم الأمراض الغدية/ قسم الأذن والأنف والحنجرة

obeikandl.com

الأمراض الوعائية – الشريانية
VASCULAR – ARTERIAL DISEASES

I. القصور الشرياني:

- **نظرة عامة:**

عوامل الخطورة الرئيسة:

التدخين.

فرط التوتر الشرياني.

فرط كولسترول الدم.

عوامل الخطورة الصغرى: الداء السكري، فرط ثلاثيات الغليسيريد في الدم، السمنة، نمط الحياة الخامل، القصة العائلية.

إصابة الأطراف السفلية هي المسيطرة.

الجهاز الفخذي المأبضي أشيع إصابة من الجهاز الأبهري الحرقفي.

الآفات الترادفية موجودة غالباً.

II. الإقفار المزمن:

- ينجم بشكل مسيطر عن التصلب العصيدي.
- يتحسن في ٨٠% من الحالات أو يبقى دون تغيير بالمعالجة المحافظة، وفي ٥% من الحالات يتطور الموات gangrene.
- **الأعراض والعلامات:**

العرج: ٣ مكونات

١. الانزعاج عند الجهد – عادة في الربلتين.

٢. تحسن الحالة بالراحة ٥-١٠ دقائق.

٣. يمكن تكراره (مسافة العرج).

النبض: قد يكون غائباً في بعض المواقع (يجب توثيق كل النبض).

علامات الإرواء الضعيف: فقد الشعر، أظافر مشوهة، ضمور الجلد، التقرحات والأخماج.

التظاهرات الأخرى لداء التصلب العصيدي: CAD، CVD.

- **التشخيص التفريقي:**

تضيق الشوك.

الداء القرحي.

التهاب المفاصل.

الداء الوريدي.

- **الاستقصاءات:**

الدوبلر المحمول لإثبات وتقييم وتحديد مقدار الضغوط.

المشعر الكاحلي – العضدي (ABI):

ABI = الضغط الانقباضي عند الكاحل مقسوماً على الضغط الانقباضي في الذراع.

إذا كان ABI أكبر من ١ = طبيعي.

ABI أقل من ٠.٥ = ألم أثناء الراحة.

ABI أقل من ٠.٣ = أذيات لا تشفى عادة.

التصوير الوعائي هو المعيار الذهبي.

- **المعالجة:**

المحافظة:

إن ٩٠% من العرج المعالج بشكل محافظ يتحسن.

إنقاص عوامل الخطورة: إيقاف التدخين، تدبير الداء السكري وفرط ضغط الدم وإنقاص الوزن وإنقاص المدخول من الشحوم.

إتباع برنامج تدريبي لتدريب العضلات وتطوير الدوران الجانبي.

العناية بالقدم (خاصة عند السكريين):

تنظيف ما بين الأصابع في القدم وقص الأظافر بحذر ومعالجة الأخماج والتقرحات بشكل سريع.

المعالجة الجراحية:

التفكير بها إذا كان العجز عند المريض شديداً أي يمشي لأقل من بناية واحدة.

انظر لاحقاً من أجل الخيارات الجراحية.

III. الإقفار الحرج CRITICAL ISCHEMIA:

- نقص التروية الشريانية الذي يؤدي إلى النخر في النهاية.
- **العلامات والأعراض:**

الألم أثناء الراحة، والألم الليلي في الساقين الذي يتحسن بتدلية القدمين فوق حافة السرير.

التقرحات والموات في أصابع القدمين.

الشحوب عند الرفع والاحمرار المعتمد على الجاذبية وبطء عود الامتلاء الشعري.

نقص أو غياب النبض.

قد يسمع لغط هام (عند الانسداد بنسبة ٥٠%) وإذا كان التضيق شديداً لا يسمع أي لغط.

ABI أقل من ٠.٥.

- **الاستقصاءات:**

كما في الأعلى.

- **المعالجة:**

يحتاج الإقفار الحرج إلى جراحة عاجلة بسبب خطر فقد الطرف.

الإجراءات الأولية: الرأب الوعائي عبر اللمعة، الليزر، استئصال العصيدة ووضع دعامة Stent.

تشمل العمليات:

إجراءات التدفق بالنسبة للمرض الأبهري الحرقفي.

استئصال بطانة الشريان Endarterectomy.

إجراءات إعادة البناء (الاستبناء) في حالة انسداد الشريان الفخذي السطحي.

رأب الشريان الفخذي العميق Profundoplasty.

المجازة الفخذية المأبضية.

المجازة الأبهرية الحرقفية أو الفخذية الأبهرية.

المجازة الإبطية الفخذية (غير شائعة).

IV. إقفار الطرف الحاد ACUTE LIMB ISCHEMIA:

- إن الوقت هو الأساس: حيث يصبح الإقفار والنخر العضلي غير عكوسين بعد ٦ ساعات.

١. الصمات Emboli:

الأسباب:

المصدر القلبي هو الأشيع: الخثرات الجدارية Mural الناجمة عن احتشاء عضلة قلبية سابق، الرجفان الأذيني، الداء القلبي الرثوي، تضيق التاجي، اعتلال العضلة القلبية، التهاب الشغاف، الورم المخاطي الأذيني.

المصدر الشرياني: المصدر الشرياني القريب مثل أم الدم، والصمة العصيدية.

الصمة العجائبية Paradoxical: هي الصمة الوريدية التي تمر عبر التحويلة داخل القلب.

التظاهرات:

البداية المفاجئة.

لا توجد قصة عرج سابقة.

النبض موجود غالباً في الطرف المقابل.

قد توجد صمات في مواقع أخرى أي الرأس والذراع والكلية.

٢. الخثار الشرياني Arterial Thrombosis:

الأسباب:

التصلب العصيدي، التشوه الخلقي، الخمج، الاضطرابات الدموية، حالات نقص الجريان مثل قصور القلب الاحتقاني.

التظاهرات:

يتطور على مدى عدة أيام مع ترقي متدرج للأعراض.

قصة سابقة للعرج.

تبدلات ضمورية واضحة.

لا يلاحظ النبض في الجانب المقابل عادة.

٣. أخرى:

الرض الشرياني، التشنج الوعائي المحرض بالدواء (الأدوية غير المشروعة)، تسلخ الأبهر، التهاب الوريد الخثري الشديد، التثبيت (عدم الحركة) المديد، مجهول السبب.

٤. الفحص السريري والاستقصاءات:

الفحص القلبي بما فيه فحص النبض الكامل في الجهتين.

تحري الـ ٦Ps للقصور الشرياني الحاد وهي: الألم Pain، الشحوب Pallor، غياب النبض Pulseless، المذل Paresthesia، الشلل Paralysis، البرودة (القطبي Polar).

التبدلات الضمورية في الجلد والأظافر، القصور الشرياني طويل الأمد.

صورة الصدر الشعاعية، الـ ECG وتصوير الشرايين.

٥. التدبير:

إعطاء الهيبارين مباشرة لكل الحالات.

الخثار Thrombus.

إجراء المجازة مع تصوير الأوعية، تجاوز الانسداد.

الصمات: استئصال الصمة.

الجراحي.

قثطرة فوغارتي Fogarty.

إعادة تصوير الأوعية.

كشف ومعالجة السبب المستبطن.

متابعة إعطاء الهيبارين بعد العمل الجراحي، البدء بالوارفرين بعد الجراحة بـ ٣ أيام.

ظاهرة إعادة الإرواء Reperfusion:

المستقلبات السامة من العضلة ناقصة التروية ← القصور الكلوي وقصور الأجهزة المتعددة.

الانتباه لمتلازمة الحيز Compartment Syndrome في حالة الإقفار المديد، تحتاج هذه المتلازمة إلى بضع اللفافة Fasciotomy.

معالجة الإقفار غير العكوس هي البتر.

V. أم دم الأبهر البطني (AAA):

ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM:

- أم الدم هي الزيادة الدائمة في قطر الشريان أكثر من ٥٠% من قطر الشريان الطبيعي.
- غالباً ما تكون الـ AAA تحت الكلية.
- نسبة الحدوث = ١.٨-٦.٦%.
- ترافق بشكل متكرر مع أمهات دم محيطية أخرى.

١. الأسباب:

- أكثر من ٩٥% من الحالات ناجمة عن داء التصلب العصيدي.

- تشمل الأسباب الأخرى: الرض والخمج وداء النسيج الضام.
- المجموعات عالية الخطورة:

العمر فوق ٦٥ سنة.

الذكور/ الإناث = ٣.٨/ ١.

المرض الوعائي المحيطي، CAD، CVD.

القصة العائلية للـ AAA.

٢. التظاهرات السريرية:

- تكون لا عرضية في ٧٥% من الحالات (تكشف غالباً بشكل عرضي).
- الأعراض ناجمة عن التمدد الحاد أو تمزق الجدار:

الغشي، الألم (البطني، في الخاصرة، الظهر).

- انسداد جزئي في الأمعاء.
- نزف مخاطية العفج ← نزف معدي معوي.
- تآكل جدار الأبهر والعفج ← ناسور عفجي أبهري.
- تآكل جدار الأبهر والوريد الأجوف السفلي ← ناسور أبهري أجوفي.
- الانصمام البعيد.
- **العلامات:**

هبوط ضغط الدم.

كتلة مجسوسة عند أو فوق السرة.

نبض فخذي قافز Bounding.

قد يكون النبض البعيد سليماً.

- **الاستقصاءات:**

فائق الصوت (إثبات الـ AAA في البداية).

الـ CT (رؤية دقيقة).

٣. المعالجة والإنذار:

- تستطب الجراحة لمنع التمزق.
- **خطر التمزق يعتمد على:**

الحجم:

٤-٥ سم (٥% خطر التمزق).

٥-٦ سم (٢٠%).

أكبر من ٦ سم (٥٠%).

سرعة النمو (أكثر من ٠.٤ سم/ السنة).

وجود الأعراض وفرط ضغط الدم و COPD.

- إجراء الجراحة عند قطر ٥-٦ سم لأن خطر التمزق أكبر من خطر الجراحة.

نسبة الوفيات في الإصلاح الانتقائي = ٣-٥% (غالباً بسبب احتشاء العضلة القلبية).

- التفكير في إعادة التوعية Revascularization عند المرضى المصابين بـ CAD قبل إجراء الإصلاح الانتقائي.

VI. تمزق أم الدم الأبهرية البطنية RAAA:

RUPTURED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM:

- نسبة الوفيات ١٠٠% إذا لم تعالج.
- يجب أن يتم التشخيص اعتماداً على القصة المرضية والفحص الفيزيائي.
- **الأعراض والعلامات:**

الثلاثي الكلاسيكي: الألم البطني، الكتلة البطنية النابضة، الغشي وهذا الثلاثي علامة واصمة تقريباً للـ RAAA.

الوهط المفاجئ.

الصدمة، التضيق الشرياني المحيطي، هبوط ضغط الدم، انقطاع البول.

قد لا يؤدي الـ RAAA خلف الصفاق لحدوث هبوط ضغط الدم أو الثلاثي الكلاسيكي.

الـ ECG مشوش وقد يبدي إقفار العضلة القلبية.

- إذا كان المريض مستقراً دون وجود الثلاثي الكلاسيكي ← التفكير بالـ CT.
- عدم إضاعة الوقت في التصوير الشعاعي إذا كان هناك اشتباه قوي بالـ RAAA.
- **المعالجة:**

الإنعاش الأولي ويشمل تأمين الخط الوعائي وتجهيز غرفة العمليات والتأكد من توفر مشتقات الدم والمراقبة الباضعة.

- **الإنذار:**

نسبة البقيا ٤٥% عند المرضى الذين يصلون لغرفة العمليات.

VII. تسلخ الأبهر AORTIC DISSECTION:

- عادة في الأبهر الصدري.
- **الإمراض:**

يبدأ بحدوث تمزق في الطبقة الباطنة ← دخول الدم الذي يفصل الطبقة المتوسطة ← تكون لمعة كاذبة ← التسلخ الذي يستمر غالباً إلى تفرع الأبهر.

- الذكور / الإناث = ٣-٤/ ١.
- يصيب المرضى الكبار بشكل مسيطر.
- **العوامل المسببة:**

فرط ضغط الدم.

النخر الكيسي لغلالة الأبهر الوسطانية Cystic Medial Necrosis (ليس داء التصلب العصيدي).

- **العوامل المرافقة:**

متلازمة مارفان.

تضيق برزخ الأبهر.

الدسام الأبهري ثنائي الشرف الخلقي.

- **التظاهرات السريرية:**

ألم صدري مفاجئ ممزق ينتشر إلى العنق.

تمزق الفروع الوعائية مما يؤدي إلى متلازمات إقفارية مختلفة.

احتشاء العضلة القلبية عند الامتداد القريب إلى الشرايين الإكليلية.

قصور شُرف الدسام الأبهري.

نفخة انبساطية جديدة في ٢٠-٣٠%.

عدم تناظر الضغط الدموي والنبض بين الذراعين.

الأذية العصبية: السكتة (١٠%) وأذية الحبل الشوكي (الشلل السفلي ٣-٥%).

القصور الكلوي.

الإقفار في الطرف السفلي.

السطام القلبي مع تمزق اللمعة الكاذبة داخل التامور.

يكون ٧٥-٨٥% من المرضى مصابين بفرط التوتر الشرياني.

- **التشخيص والاستقصاءات:**

صورة الصدر الشعاعية.

القبعة الجنبية.

اتساع المنصف.

انصباب الجنب الأيسر مع تسرب الدم.

ECG: الشذوذ الأشيع مشاهدة هو ضخامة البطين الأيسر **(٩٠%).**

مخطط كهربية القلب عبر المري.

الـ CT.

تصوير الأبهر.

- **المعالجة:**

المعالجة الدوائية المباشرة لإنقاص ضغط الدم وإنقاص قلوصية القلب.

يستخدم عادة نيتروبروساید الصوديوم و حاصر بيتا.

يتم إجراء العمل الجراحي في التسلخ الأبهري الصاعد بشكل إسعافي.

أما التسلخ الأبهري النازل فيتم فيه التدبير الطبي في البداية.
يحتاج ١٠-٢٠% من المرضى إلى عملية إسعافية لتدبير الاختلاطات.

obeikandl.com

الأمراض الوعائية الوريدية
VASCULAR – VENOUS DISEASES

I. الخثار الوريدي العميق DEEP VEIN THROMBOSIS:

- **الإمراض:**

ثلاثي فيرخوف Virchow: الركود، فرط القابلية للتخثر، الأذية البطانية.

- **عوامل الخطورة:**

الركود:

الجراحة.

الرض والتثبيت (عدم الحركة) التالي له.

التثبيت التالي لاحتشاء العضلة القلبية الحاد أو السكتة أو قصور القلب المزمن.

فرط القابلية للتخثر Hypercoagulability:

الحمل.

استخدام الأستروجين.

الأورام: المشخصة أو الخفية أو الخاضعة للمعالجة الكيماوية.

الرض النسيجي: تفعيل التخثر.

المتلازمة النفروزية.

عوز مضاد الثرومبين III أو البروتين C أو البروتين S.

الأذية البطانية: التهاب الوريدات Venulitis، الرض.

- **التظاهرات السريرية:**

إن أشيع مكان لتشكل الخثار هو الربلة.

يكون الخثار المعزول في الربلة لاعرضياً عادة.

٣٠-٥٠% من الحالات تكون لا عرضية أو مع أعراض خفيفة.

٢٠-٣٠% يمت الخثار بشكل قريب ويكون مسؤولاً عن معظم الصمات الهامة سريرياً.

التظاهر الكلاسيكي في أقل من ثلث الحالات:

الانزعاج في الربلة أو الفخذ.

الوذمة.

التمدد الوريدي.

- **الاختلاطات:**

دوالي الورید.

القصور الوريدي المزمن.

الصمة الرئوية.

التموت الوريدي.

الالتهاب الوريدي المزرِّق المؤلم (Phlegmasia Cerulea Dolens (PCD:

خثار وريدي عميق شديد مع امتداد الخثرة إلى الجهاز الفخذي الحرقفي وانسداد وريدي شديد يؤدي إلى ازرقاق وتورم شديد مع ألم شديد وإقفار حرج في الساق.

خطر التموت الوريدي.

الالتهاب الوريدي المبيض (Phlegmasia Alba Dolens (PAD:

كما في الأعلى إضافة إلى التشنج الشرياني الانعكاسي المؤدي إلى تورم أقل مما هو مشاهد في الـ PCD.

الساق الباردة ونقص النبض.

- **التشخيص:**

القصة والفحص السريري:

الإيلام في الربلة (إذا تم تحريها عن طريق العطف الظهري للكاحل = علامة هومان).

اتساع محيط الساق المصابة.

الحمى بعد العمل الجراحي بـ ٧-١٠ أيام.

يكون التقييم السريري غير صحيح في ٥٠% من الحالات ولهذا لابد من الإثبات بطريقة موضوعية.

الاختبارات غير الباضعة:

تخطيط الصدى الدوبلري المضاعف Duplex Doppler:

الحساسية ٩٣% والنوعية ٩٨% عند المرضى العرضيين وتنقص عند المرضى اللاعرضيين.

يكشف الخثار البعيد.

إذا كان الفحص سلبياً في البداية فيجب أن يعاد بعد ٦-٧ أيام لكشف الامتداد القريب.

الاختبارات الباضعة:

تصوير الوريد الصاعد (التصوير الوريدي Venogram):

المعيار الذهبي للتشخيص لكنه مكلف.

يكشف الخثار القريب والبعيد.

قد يخلط بالخثار المحرض بالمادة الظليلة في الأوردة المحيطية (٢-٣%).

- **المعالجة:**

أهداف المعالجة:

منع تشكل المزيد من الخثار.

تثبيط امتداد الخثار الموجود.

إقلال أذية الدسامات الوريدية.

الوقاية من الصمات الرئوية: تتطور الصمةالرئوية في ٢٥% من الحالات غير المعالجة وفي ٥% من الحالات المعالجة.

المعالجة المحافظة:

الراحة في الفراش مع رفع الطرف لمدة ١-٣ أيام.

المعالجة الطبية:

الهيبارين الوريدي ٥٠٠٠ وحدة على شكل بلعة + ١٠٠٠ وحدة/ ساعة للمحافظة على الـ aPTT 2-2.5 الشاهد.

التحويل إلى الوارفرين بعد ٣-٧ أيام من الهبرنة الكاملة.

الإبقاء على الوقاية بالوارفارين لمدة ٣-٦ شهور لمنع النكس.

مخاطر المعالجة: النزف، نقص الصفيحات المحرض بالهيبارين، كما أن الوارفارين مشوه للأجنة.

المعالجة الجراحية:

استئصال الخثرة الوريدية: في حال حدوث القصور الشرياني مع الخثار الفخذي الحرقفي الشديد مع أو دون التموت الوريدي.

مرشح الوريد الأجوف السفلي IVC (غرين فيلد Greenfield): يتم إدخاله عبر الجلد.

الاستطبابات:

الصمة الرئوية المتكررة رغم المعالجة المضادة للتخثر.

وجود مضاد استطباب للمعالجة المضادة للتخثر (مثل الرض داخل القحف).

عمليات معينة للسرطان، واستئصال الصمة الرئوية.

الصمات الإنتانية المعندة على المعالجة المشتركة بالمضادات الحيوية ومضادات التخثر.

الصمة العائمة بشكل حر والمرتبطة بشكل رخو مع جدار الوريد الأجوف السفلي أو الأوردة الحوضية.

ربط الوريد الأجوف السفلي، اللقط الجراحي، زيادة خطر القصور الوريدي، نادراً ما يستخدم.

- **الوقاية من الخثار الوريدي العميق:**

الوقاية المحافظة:

التقليل من عوامل الخطورة.

المشي المبكر، ومجال الحركة المنفعل.

الجوارب المضادة للانصمام.

أدوات الضغط الهوائي التتابعي.

رفع الطرف.

الوقاية الطبية:

الإماهة المثالية.

الـ ECASA، الديكستران، الوارفارين، الجرعة المنخفضة من الهيبارين (٥٠٠٠ وحدة تحت الجلد كل ٨-١٢ ساعة) في الحالات عالية الخطورة.

II. الدوالي الوريدية VARICOSE VEINS:

- توسعات كيسية واستطالات في الأوردة المحيطية في الساق.
- **قد تحدث أيضاً في:**

المري: دوالي المري.

المستقيم الشرجي: البواسير.

الصفن: دوالي الخصية.

- **الأسباب:**

الأولية:

أشيع اضطراب وريدي في الطرف السفلي.

يصيب حوالي ١٠-٢٠% من السكان.

ضعف بنيوي وراثي في جدار الوريد هو العامل الرئيس.

العوامل المساهمة: العمر، الأنثى، استخدام حبوب منع الحمل، الأعمال التي تتطلب الوقوف لساعات طويلة، الحمل، السمنة.

الثانوية: تنجم عن ارتفاع الضغط الوريدي الناجم عن: القصور الدسامي الوريدي العميق وعدم كفاية الأوردة الثاقبة، الأورام الحوضية الخبيثة مع الانضغاط الوريدي، التشوهات الخلقية، النواسير الوريدية الشريانية الخلقية / المكتسبة.

- **التظاهرات السريرية:**

إن الوريد الصافن الكبير هو الأشيع إصابة مع توسع الروافد.

ألم منتشر أو حس امتلاء وشد وأحياناً معص ليلي.

يتفاقم الألم بالوقوف المديد وفي نهاية اليوم وقبل الطمث.

يتحسن برفع الساق واستخدام الجوارب المرنة.

- **الاختلاطات:**

التهاب الوريد الخثري السطحي المتكرر.

النزف الخارجي أو داخل النسيج تحت الجلد.

التقرح، الأكزيما، التصلب الجلدي الشحمي، فرط التصبغ.

- **الفحص السريري:**

المريض بوضعية الوقوف: أوردة سطحية متعرجة ومتوسعة طويلة على طول الفخذ والساق.

في حال التقرح وفرط التصبغ والمظهر الجاسئ فكر بالدوالي الوريدية الثانوية.

اختبار برودي – ترينديلنبرغ (اختبار الكفاءة الدسامية):

يوضع المريض بوضعية الاضطجاع الظهري وترفع الساق ويضغط على الوريد الصافن عند الفخذ، فإذا وقف المريض وامتلأت الأوردة بسرعة من الأعلى باتجاه الأسفل فهذا يدل على أن الدسامات قاصرة، حيث يحدث في الحالة الطبيعية امتلاء تدريجي من الأسفل باتجاه الأعلى. يجرى الاختبار مع عدة عاصبات Tourniquets لتحديد الأوردة الواصلة القاصرة.

- **المعالجة:**

الاستطباب الأولي تجميلي عادة.

الجراحة في حالة فشل التدبير المحافظ أو وجود اختلاطات.

المعالجة غير الجراحية:

رفع الساق.

الجوارب الضاغطة المتدرجة.

المعالجة الجراحية:

الربط العالي للوصل الفخذي الصافني ونزع Stripping الوريد الصافن الكبير.

المعالجة المصلبة – غير مستحبة.

- **الإنذار:**

إن القصة الطبيعية سليمة وبطيئة مع وجود مضاعفات لا يمكن التنبؤ بها.

تزول الأعراض في ١٠٠% تقريباً من الحالات إذا كانت الدوالي الوريدية أولية.

النتائج التجميلية جيدة بصورة عامة.

يحدث النكس بعد الجراحة في ١٠% من الحالات.

III. التهاب الوريد الخثري السطحي:

- هو اجتماع الخثار مع التهاب الوريد ويحدث في أي وريد سطحي في الجسم.
- **التظاهرات السريرية:**

الألم والتورم الشبيه بالحبل على طول مسير الوريد المصاب، ويعتبر الوريد الصافن الطويل هو الأشيع إصابة.

الاختبارات غير الباضعة مثل تخطيط الصدى الدوبلري المضاعف من أجل نفي وجود التهاب الوريد الخثري العميق المرافق (٥-١٠%).

- **الأسباب:**

الرض.

الترافق مع الأوردة الدوالية.

التهاب الوريد الخثري السطحي الهاجر.

داء بورغر.

الذئبة الحمامية الجهازية.

احمرار الدم.

ارتفاع الصفيحات.

الخباثة الخفية (خاصة في البنكرياس).

مجهول السبب.

- **المعالجة:**

المحافظة:

الحرارة الرطبة، الأربطة الضاغطة، المسكنات الخفيفة (مثل ASA)، المشي.

المعالجة الجراحية:

في حال فشل الوسائل المحافظة، استئصال الوريد المصاب.

في حالة التهاب الوريد الخثري القيحي يتم إعطاء المضادات الحيوية الوريدية واستئصال الوريد المصاب.

IV. القصور الوريدي العميق المزمن:

- متلازمة ما بعد التهاب الوريد.
- اختلاط متأخر للخثار الوريدي العميق.
- إعادة تقني Recanalization الأوردة المتخثرة مع ما ينجم عنها من أذية الدسامات القاصرة.
- ضعف مضخة عضلات الربلة.
- فرط ضغط الدم الوريدي الثابت.
- البداية بعد أسابيع إلى سنوات من الخثار الأولي.
- **التظاهرات السريرية:**

العرض الأشيع هو الألم الذي يتحسن بالاستلقاء ورفع القدم.

حس امتلاء مؤلم في الساق مع الوذمة.

التصبغ، ترسب الهيموسيدرين.

الأوردة الدوالية.

التهاب الجلد الوريدي.

القرحات فوق الكعب الأنسي.

إيجابية اختبار برودي – ترينديلنبرغ.

- **الاختبارات المشخصة:**

المعيار الذهبي هو قياس الضغط الوريدي أثناء المشي.

نادراً ما يجرى.

تخطيط الصدى الدوبلري.

مخطاط التحجم الضوئي Photoplethysmography.

- **المعالجة:**

غير جراحية:

الجوارب الضاغطة المرنة، رفع الساق، تجنب الجلوس المديد أو الوقوف المديد.

معالجة القرحات بضمادات أكسيد الزنك (Unna Boot)، الطعوم الجلدية جزئية السماكة، المضادات الحيوية، التنضير.

الجراحية:

يتم التفكير بها بعد فشل الوسائل المحافظة أو النكس أو القرحات الكبيرة جداً.

الربط الجراحي للأوردة الثاقبة في منطقة القرحة، نزع Strip الوريد الصافن الكبير.

obeikandl.com

- **التظاهرات المعدية المعوية:**

العوامل الممرضة الشائعة:

الفيروس المضخم للخلايا.

المتفطرة الطيرية داخل الخلوية (MAI).

خفية الأبواغ.

مكرويات الأبواغ Microsporidia.

متماثلة الأبواغ البديعة Isospora belli.

I. الأعضاء الحساسة في السبيل المعدي المعوي:

- **البلعوم الفموي:**

ساركوما كابوزي تؤدي لعسر البلع والانسداد والنزف.

- **المري:**

التهاب المري مع أو دون عسر البلع الناجم عن المبيضات البيض أو الـ CMV أو الهربس.

الجراحة فقط في حالة حدوث الانثقاب.

- **المعدة والأمعاء الدقيقة:**

الألم البطني.

انسداد الغار.

الألم.

التهاب العفج مع التقرح مع أو دون الانثقاب والنزف.

- **الكبد والسبيل الصفراوي:**

التهاب الكبد الناجم عن الـ CMV والـ MAI أو المتكيس الرئوي الكاريني.

المتلازمة الشبيهة بالتهاب الطرق الصفراوية المصلب الناجمة عن الـ CMV وخفية الأبواغ.

التهاب المرارة/ التهاب الطرق الصفراوية الناجم عن الانسداد بسبب ساركوما كابوزي أو اللمفوما.

التهاب المرارة اللاحصوي.

- **البنكرياس:**

نادراً ما يصاب.

التهاب البنكرياس الناجم عن معالجات الـ HIV (مثل الداي دي أوكسي نوكليوزيد).

- **الزائدة:**

قد يتظاهر التهاب الزائدة بصورة مبهمة جداً – ولا يشخص غالباً إلا بعد انثقاب الزائدة.

لا يمكن الاعتماد على ارتفاع الكريات البيض.

إن المراضة الناجمة عن استئصال الزائدة السلبي عالية.

- **الكولون:**

التهاب الكولون Colitis (الإسهال المعند، فقد الوزن، الحمى، التغوط الأسود، التغوط المدمى) الناجم عن الـ CMV.

قد يحدث الانثقاب والنزف الشديدان ويحتاجان إلى الاستئصال القطعي مع فغر الكولون.

الإسهال المائي والتجفاف وسوء الامتصاص والألم الناجم عن الـ MAI: قد يسبب الانثقاب والانسداد والناسور.

- **المستقيم الشرجي:**

الورم اللقموي المؤنف (الناجم عن الـ HPV) – والتحول الخبيث إلى الكارسينوما الشائكة قد تم تسجيل حدوثه.

الناسور.

القرحات الشرجية المستقيمية.

لمفوما لاهودجكن.

ساركوما كابوزي.

- تذكر أن إصابة المريض بالـ HIV لا تعني أنه لا يصاب بمرض معدي معوي لا علاقة له مع الـ HIV.

II. الخباثات غير المعتادة:

١. ساركوما كابوزي في السبيل المعدي المعوي:

- **التظاهرات السريرية:**

عسر البلع، الاعتلال المعوي المضيع للبروتين والألم البطني والإسهال والزحير والانسداد والنزف والانثقاب.

قد تكون لا عرضية.

- **التشخيص:**

التنظير الداخلي والخزعات العميقة.

- **المعالجة الجراحية:**

تستطب في الحالات المهددة للحياة أو في حالة الشكوى الشديدة وهي غير شافية أبداً.

٢. اللمفوما:

- تميل لأن تكون شديدة.
- المعالجة الجراحية نادرة.
- استجابة جيدة للمعالجة الكيماوية.
- معدل النكس عال.

III. استطبابات الجراحة عند المرضى إيجابيي الـ HIV:

- **الإجراءات التشخيصية:**

تعداد الـ CD4 أقل من ٢٠٠/ ملم٣ مشخص للإيدز.

توجد إجراءات قليلة لتشخيص الأخماج الانتهازية والأورام (ساركوما كابوزي).

اعتلال العقد اللمفية قد يحتاج إلى إجراءات تشخيصية مثل الخزعة.

يوصى بالخزعة عند المرضى الذين لديهم عقدة وحيدة أو مجموعة عقد تضخمت بشكل غير متناسب مع باقي العقد خاصة عند وجود أعراض جهازية (الحمى، فقد الوزن) مرافقة.

- **الوسائل الجراحية الداعمة:**

فغر الرغامى والخط الوريدي طويل الأمد.

لا توجد دراسات حول معدلات المراضة والوفيات في هذه الاستطبابات.

- **الجراحة الإسعافية:**

البطن الحاد قد يكون ثانوياً لـ AIDS أو مستقلاً عنه.

نادراً ما يترافق التشخيص الخمجي مع موجودات صفاقية.

يكون انسداد الأمعاء عند المرضى إيجابيي الـ HIV أو المصابين بالإيدز ثانوياً غالباً للمشاكل المترافقة مع الـ HIV (اللمفوما المعوية، ساركوما كابوزي).

تكون نسبة الوفيات في الانثقاب المعدي المعوي الثانوي لـ CMV المؤدي إلى حالة جراحية إسعافية خلال ٣٠ يوماً حوالي ٥٠-٧٠%، وهذه المعدلات العالية ناجمة عادة عن المرض المستبطن، وفي حالة نجاة المريض فإن المراضة عالية حيث تبلغ نسبة تفزر الجرح حوالي ٣١% في كل حالات الإنتان داخل البطن.

الإنذار السيئ الناجم عن الجراحة الإسعافية يشترك مع نقص ألبومين الدم والخمج الانتهازي المعروف.

IV. الانتقال داخل المشفى:

- يبلغ معدل انتقال الـ HIV من المريض إلى الطاقم الطبي حوالي ٠.٣%.
- تم توثيق حدوث الانتقال من أحد أفراد الطاقم الطبي المصابين إلى المريض (حالة طبيب الأسنان في فلوريدا).
- تتم الوقاية عبر إجراء اختبار الـ HIV لكل المرضى مع أو دون إجرائه للأطباء (لكن ترتفع التكلفة)، والتدبير غير الجراحي والتحذيرات العامة.

- سريعة النشوء.
- إن الأمور الأخلاقية والقانونية والاجتماعية هامة.
- النصيحة الوراثية إلزامية.
- مازالت معظم اختبارات الـ DNA ضمن بروتوكولات الأبحاث فقط.

الجدول ١٠ : مورثات السرطان في الاختبارات السريرية واختبارات الأبحاث.	
المورثة	**المتلازمة**
APC.	داء السليلات الغدومي العائلي.
MSH_2، MLHI. PMSI، PMS2.	سرطان الكولون والمستقيم غير السليلي الوراثي.
$BRCA_1$.	سرطان المبيض / الثدي الوراثي.
$BRCA_2$.	سرطان الثدي / سرطان الثدي عند الذكور الوراثي.
P_{53}.	متلازمة لي – فروميني.
ATM.	رنح توسع الشعريات (زيادة خطر سرطان الثدي).
OPC_4.	داء السليلات الشبابي.

..... التالي .....

إصداراتنا الطبية

1 المرجع العلاجي الأول في الطب الباطني 31 edition
2 دليل واشنطن الجراحي
3 الدليل العلاجي في طب الأطفال (مانيوال واشنطن)
4 مبادئ ممارسة الطب الباطني (موسبي – فري)
5 طب الأطفال الإسعافي
6 الطب الإسعافي الباطني
7 الأمراض الداخلية NMS
8 التقويم الذاتي في الأمراض الداخلية NMS
9 التقويم الذاتي في الجراحة NMS
10 التقويم الذاتي عند الأطفال NMS
11 رفيق الطبيب ج1 (مراجعة شاملة لأبحاث الطب البشري)
12 رفيق الطبيب ج2 (مراجعة شاملة لأبحاث الطب البشري)
13 رفيق الطبيب ج3 (500 س و ج في الفحص السريري)
14 أسرار التشخيص السريري SECRET
15 الأمراض التنفسية (ديفيدسون)
16 الداء السكري وأمراض الغدد الصم (ديفيدسون)
17 أمراض جهاز الهضم والبنكرياس (ديفيدسون)
18 الأمراض العصبية (ديفيدسون)
19 الأمـــراض القلبيـــة (ديفيدسون)
20 أمراض الكبد والسبيل الصفراوي (ديفيدسون)
21 أمراض الكلية والجهاز التناسلي (ديفيدسون)
22 الأمراض القلبية (كرنت)
23 الأعراض والعلامات في الطب الباطني (تشامبرلين)
24 التشخيص التفريقي
25 علم التشريح السريري ع+E/سنل☎الطرف العلوي والسفلي
26 علم التشريح السريري ع+E /سنل ☎ الرأس والعنق
27 علم التشريح السريري ع+E/الصدر والظهر
28 علم التشريح السريري ع+E/سنل ☎ البطن والحوض
29 مبادئ وأساسيات علم الصيدلة
30 المرجع في طب الأطفال الجزء الثاني (نلسون)
31 المرجع في طب الأطفال الجزء الثالث (نلسون)
32 المرجع في طب الأطفال الجزء الرابع (نلسون)
33 الأمراض الإنتانية عند الأطفال (نلسون)
34 الأمراض الهضمية عند الأطفال (نلسون)
35 الأمراض التنفسية عند الأطفال (نلسون)
36 الأمراض القلبية عند الأطفال (نلسون)
37 أمراض الدم والأورام عند الأطفال (نلسون)
38 أمراض الجهاز التناسلي والبولي (نلسون)
39 الأمراض الغدية عند الأطفال (نلسون)
40 أمراض الخديج والوليد (نلسون)
41 الأمراض العصبية والاضطرابات العضلية (نلسون)
42 الأمراض العينية والأذنية والمخاطر البيئية (نلسون)
43 الأمراض الجلدية عند الأطفال (نلسون)
44 اضطرابات العظام والمفاصل عند الأطفال (نلسون)
45 أمراض الاستقلاب عند الأطفال (نلسون)

46 اضطرابات التغذية والسوائل عند الأطفال (نلسون)
47 أعراض وتشخيص الأمراض الهضمية عند الأطفال
48 التغذية في طب الأطفال
49 مبادئ وأساسيات التلقيح
50 المرجع الشامل في اللقاحات
51 الرعاية المثالية للحامل والطفل
52 اليرقان الوليدي
53 1000 سؤال وجواب في طب الأطفال
54 المشاكل التنفسية في الوليد
55 العناية المشددة الوليدية
56 الأمراض الخمجية في الجنين والوليد
57 المرجع في الجراحة العامة (شوارتز)
58 أسئلة الجراحة شوارتز
59 أسئلة في مبادئ الجراحة الأساسية (غرين فيلد ج1)
60 أطلس الجراحة العامة (ددلي)
61 طلس العمليات الأساسية في الجراحة البولية
62 مبادئ وأساسيات الجراحة البولية
63 أسس علم التخدير
64 التخدير السريري (سيانوبسيز)
65 التخدير المرضي (الجزء الأول والثاني)
66 مبادئ العناية بالمريض الجراحي
67 التهوية الآلية
68 الاستشارات السابقة للعمل الجراحي
69 لتخدير العملي
70 مبادئ التخدير الناجي
71 المرجع في طب العناية المركزة
72 مبادئ المعالجة الفيزيائية العصبية
73 أساسيات التوليد وأمراض النساء ج1
74 أساسيات التوليد وأمراض النساء ج2
75 المعين في التوليد وأمراض النساء
76 الات سريرية في التوليد وأمراض النساء
77 الإيكوغرافي في التوليد وأمراض النساء
78 لتشخيص الإيكو غرافي السريري
79 مبادئ وأساسيات التصوير بالأمواج فوق الصوت
80 لبصريات والانكسار
81 المعين في طب الأسنان السريري (OXFORD)
82 دليل تخطيط القلب الكهربائي (عربي وإنكليزي)
83 تخطيط القلب الكهربائي ج1 ECG MADE EASY
84 تخطيط القلب الكهربائي ج2 ECG IN PRACTICE

85 تخطيط القلب الكاريكاتوري
86 المعايير التصنيفية للأمراض الرئوية الجهازية
87 تفسير النتائج المخبرية
88 حالات موجزة في الأمراض العصبية
89 المعالجة الدوائية للأمراض النفسية
90 ارتفاع ضغط الدم
91 أسئلة سريرية في العلامات الحيوية والمظهر العام
92 أسئلة سريرية في أمراض الجلد
93 أســـــئلة سريرية في أمراض العين
94 أسئلة سريرية في أمراض الأذن والأنف والفم
95 أسئلة سريرية في أمراض العنق والدرق والثدي والعقد البلغمية
96 أسئلة سريرية في الفحص القلبي الوعائي
97 أسئلة سريرية في أصوات القلب الطبيعية
98 أسئلة سريرية في النفخات القلبية
99 لتشخيص الشعاعي للصدر
100 التشخيص الشعاعي للبطن
101 100 حالة مرضية في الأشعة الصدرية
102 أبحاث هامة في أمراض الأذن والأنف والحنجرة
103 الشامل في الأدوية السريرية
104 الوجيز في طب الإسعاف
105 الوجيز في طب الأطفال
106 الوجيز في طب التوليد
107 الوجيز في الأمراض النسائية
108 الوجيز في الجراحة العامة
109 اليسير في الإيكو القلبي
110 أساسيات الجراحة (بلي آند لف)
111 المعين في الطب الباطني (ميد ستدي)

obeikandi.com