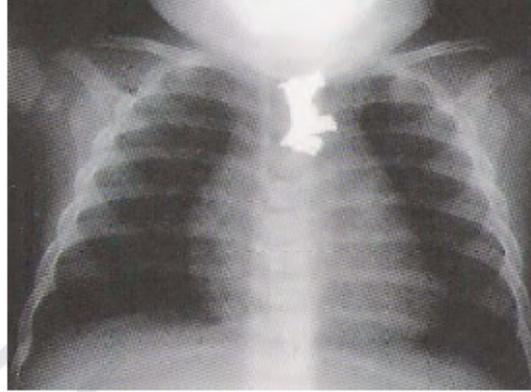


البلعوم

The Pharynx

قد يبتلع الأطفال والبالغون المعاقون تعليمياً والمرضى المصابين بأمراض نفسية قطع النشود، أو ألعاب أو أشياء أخرى مشيرة للدهشة (الشكل رقم ١، ٢٧). في حالة استنشاقها قد تخرج عن طريق السعال. لكن الأكثر خطورة أنها قد تسبب انسداد الطريق الهوائي أو تنحسر في القصبيات (أنظر الفصل السادس والثلاثين). قد ينحسر بعضها في البلعوم أو المريء. كما قد يبتلع المرضى المتقدمين في العمر تركيبات الأسنان. أحياناً يمكن للطعام غير المضغوش بشكل جيد - خاصة قطع من اللحم - أن يسد المريء، يمكن لعظام السمك والدجاج أن تبتلع بشكل غير مقصود، ويمكن لها أن تُخدش أو تنقب عظامية البلعوم قبل وصولها إلى المعدة، ويمكن لها أن تنحسر في البلعوم أو المريء حيث قد تؤدي إلى انتهاب المريء، أو التهاب المنصف أو الخراج، أو انتهاب قاتل في الأبهري. غني عن الذكر التأكيد على أهمية المخاطر المترتبة عن المحشار الاجسام الغريبة.



الشكل رقم (١، ٣٧). رجل أكل كلباً (لصبة بشكل كلب).

الأجسام الغريبة الحادة

Sharp Foreign Bodies

إذا راجع المريض بشكوى يلع جسم غريب حاد - مثال : قطعة عظم فسيكون لديه ألم في البلعوم ، ومن الصعب تحديد فيما إذا سبب الجسم الغريب خدش وأكمل مساره أو أنه المحشر في موضعه.

تبنى الخطوات التقليدية التالية :

- خذ تاريخ مرضي دقيق أخذاً بعين الاعتبار طبيعة الجسم الغريب المقترض (هل هو واضح في الأشعة؟) وتوقيت ابتلاعه.
- افحص الحنجرة والبلعوم وأنتبه خاصة للوزتين وقاعدة اللسان. (تعلق عظام السمك عادة هنا). يُسبب الجسم الغريب المحشور في المريء الرقبي ألماً عند الضغط اللطيف على الحنجرة باتجاه الفقرات الرقبية.
- اطلب صورة أشعة للصدر والعنق (منظر جانبي) - تذكر أن البلاستيك وبعض عظام السمك قد لا تظهر في الأشعة.

- إذا كان لديك أي شك اطلب استشارة الخبير.
- دواعي تنظير البلعوم والمريء:
- صعوبة البلع.
- اشتباه بوجود جسم غريب في صورة الأشعة.
- استمرار الأعراض.

المحشار اللقمة الطعامية

Impacted Food Bolus

توحي عسرة البلع وسيلان اللعاب إلى انسداد المريء التام. قد تساعد المشروبات المُكْرَبَة وكذلك الأمر بالنسبة للمهدئات اللطيفة : الديقازيام عن طريق الوريد. في حالة المحشار اللقمة يجب إدخال المريض إلى المستشفى وإزالة الجسم الغريب بالمنظار.

الوترة خلف الغضروف الحلقى

Post-cricoids Wep

ترافق متلازمة باترسون - براون كيلبي (وُضعت لاحقاً من قبل بلومر ومينسون) بفقر دم نقص الحديد ونمو وترة بلعومية (خلف الغضروف الحلقى) تسبب صعوبة البلع. يظهر فقر الدم نقص الحديد على شكل التهاب اللسان، و التهاب زاوية الفم وفقر دم صغير الكريات. يمكن إظهار الوترة بالبلعة الباريومية، بينما يعالج نقص الحديد بمركبات الحديد ويتم توسيع الوترة بشكل دوري ويتطور لدى عدد قليل من هؤلاء المرضى سرطان بلعومي.

الجيب البلعومي (وتج البلعوم السفلي)

Pharyngeal pouch (Hypopharyngeal Diverticulum)

تنتق مخاطية البلعوم بين الألياف المائلة والمعرضة للعصبة المعصرة السفلية لتسبب جيماً دائماً الشكل رقم (٢، ٣٧). تحدث هذه الحالة غالباً لدى كبار السن ويعتقد أنها بسبب فشل في ارتخاء الجزء البلعومي الحلقي للمعصرة السفلية أثناء البلع مما يؤدي لزيادة الضغط فوقها.



الشكل رقم (٢، ٣٧). أشعة لبلعة الباريوم تظهر جيماً بلعومياً (أ). منظر جانبي (ب).

المظاهر السريرية Clinical Feature

- عدم ارتياح في الحلق.
- صعوبة البلع تتناسب مع كبر حجم الجيب.
- استرجاع أطعمة غير مهضومة.
- ذات الرئة الاستشاقية.
- تُسمع أصوات فرقرة في البلعوم عند البلع إذا كان حجم الجيب كبيراً.
- نادراً جداً ما يؤدي الجيب إلى انتفاخ محسوس في العنق.

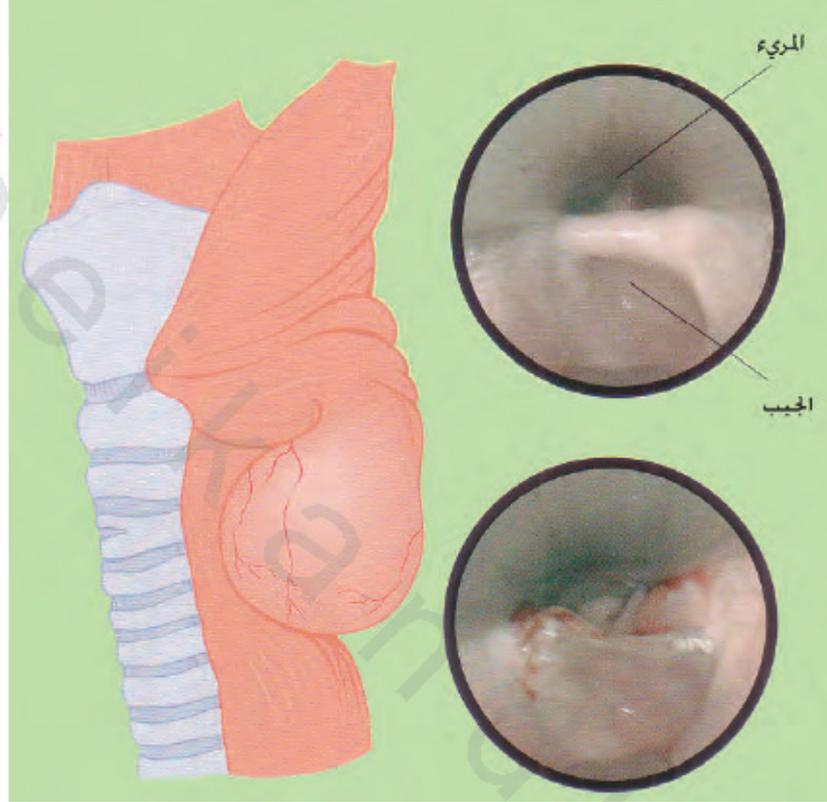
الاستقصاءات Investigations

يُشاهد الجيب بواسطة البلعة الباريومية (الشكل رقم ٢, ٣٧).

العلاج Treatment

يحتاج الجيب المثبت طبيياً والمنسب للأعراض للمعالجة الجراحية تحت التخدير العام. يستخدم المنظار البلعومي الصلب والموسع في إظهار الجدار الفاصل بين المريء في الأمام والجيب في الخلف.

يستخدم مسدس التنديس (دهاسة ذات قبضة بشكل مسدس) لقطع الجدار وفي نفس الوقت تنديس حواف القطع (الشكل رقم ٣, ٣٧) يستطيع المريض عادة الأكل في اليوم التالي وتكون فترة البقاء في المستشفى - قصيرة جداً ومن النادر حالياً اللجوء لاستئصال الجيب خارجياً عن طريق العنق.



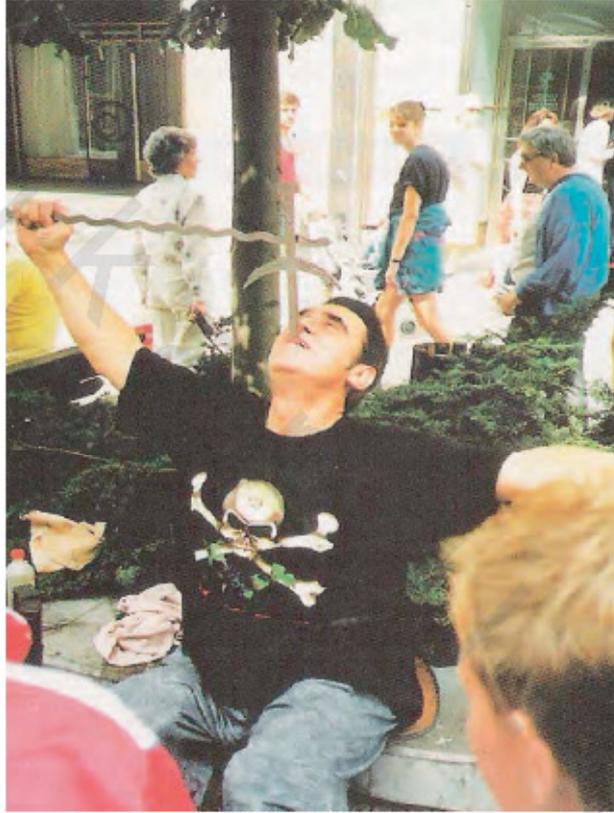
الشكل رقم (٣، ٣٧). منظر خارجي وخطي للجيب البلعومي. تيدي الصور المظهر قبل وبعد القسطع التنظري للرتج البلعومي باستخدام جهاز التنظير.

البلعة البلعومية (كرة البلعوم)

Globus Pharyngeus

إن الإحساس بوجود كتلة في الحلق يعتبر معهوداً لأي شخص ويحدث عادة في فترات الهيجان العاطفي. يعتقد أنه يحدث بسبب تشنج العضلة الحلقية البلعومية والتي تفصل البلعوم عن المريء. يعاني الكثير من المرضى بشدة من الشعور بوجود كتلة أو عدم ارتياح في البلعوم، وقد يكون هذا الشعور متقطعاً أو مستمراً. اصطلح على

تسمية هذا الشعور بكرة البلعوم. عادة ما يزول عدم الارتياح أثناء الأكل. لا يوجد أي صعوبة عند بلع الطعام أو الشراب (الشكل رقم ٤, ٣٧).



الشكل رقم (٤, ٣٧). يالغ السيف في براغ. أجري تطور المريء للمرة الأولى في القرن التاسع عشر في براغ ليالغ السيف، بواسطة كسمول ليجت إمكانية ذلك.

تميل الأعراض إلى التفاقم عند مواصلة المريض للبلع كما أن تكرار التفكير والقلق يزيد المشكلة. يوجد لدى نسبة من المرضى المصابين بكرة البلعوم التهاب المريء

الاسترجاعي ، لكن ما يزال مثار جدل ما إذا كانت هذه الحالة سبباً أم لا. يكون العديد من المرضى قلقين وخائفين من احتمال وجود سرطان في البلعوم وفي حال استمرار الأعراض فإنه من الضروري اجراء تنظير دقيق. يشفى معظم المرضى عن طريق التطمين المدعم بالفحص الجيد والاستقصاءات الكافية ولكن لدى العديد من هؤلاء المرضى تعتبر المشكلة مزعجة ومؤرقة. تُصنف المراجع القديمة هذه المشكلة باللقمة الهستيرية اعتماداً على علاقتها بالأسباب النفسية وازدياد حدوثها عند النساء لكن معظم المرضى ليس لديهم أمراض نفسية ، كما يصاب الرجال بشكل متكرر.

نقاط سريرية عملية Clinical Practice Points

- تعتبر الأجسام الغريبة المتلعة ذات خطورة كاملة. أطلب المساعدة إذا كنت في شك.
- تعتبر البلعة البلعومية حالياً السبب الأكثر شيوعاً لتحويل المرضى البالغين إلى عيادة الأنف والأذن والحنجرة. يستجيب معظم المرضى للتطمين.

بضع (فغر) الرغامى

Tracheostomy

أجريت عملية بضع الرغامى - وهي عبارة عن إحداث فتحة في الرغامى - منذ القرن الأول قبل الميلاد، قد تكون منقولة للحياة ويجب على جميع الأطباء الإلمام بشيء منها.

استطبابات (دواعي) إجراء بضع الرغامى

Indications for Tracheostomy

- لتجاوز الطريق الهوائي العلوي.
- لحماية الشجرة الرغامية القصية.
- لتسهيل عملية التنفس الاصطناعي.

حماية الأنبوب الرغامى القصي

Protection of Tracheobronchial Tube

قد تسمح أي حالة ضعف في البلعوم أو الحنجرة باستنشاق الأطعمة أو اللعاب أو الدم أو محتويات المعدة. في حالة الدواعي قصيرة المدّة كما في حالة التخدير العام يكون التثبيت مناسباً، ولكن في الحالات المزمنة يكون بضع الرغامى ضرورياً. تسمح

هذه العملية بإيجاد طريق سهل إلى الرغامى والقصبات لإجراء الشفط المنتظم كما تسمح باستخدام الأنبوب المزود ببالون والذي يعطي حماية أكثر من الاستنشاق، وكمثال على هذه الحالات.

الاضطرابات العصبية مثل : التهاب الأعصاب العنيد (متلازمة غيلان-باري)، سكتة جذع الدماغ.

السببات مع وجود احتمال لاستمراره لفترة طويلة كالناجم عن :

- إصابات الرأس.
- التسمم.
- السكتة.

انسداد الطريق الهوائي العلوي

Congenital خلقي

- تضيق تحت المزمار أو أعلى الرغامى.
- وتيرة الحنجرة.
- أكياس الحنجرة - الورم الدموي الوعائي في الحنجرة.
- تشوهات الرغامى والمريء .

Trauma الإصابات

- التهاب الرغامى طويل الأمد.
- جروح الطلقات وقطع البلعوم وكسر الحنجرة.
- استنشاق البخار أو المواد الكاوية.
- المماجة الشعاعية (قد تسبب الوفمة).

العدوى Infection

- التهاب لسان المزمار الحاد (أنظر الفصل الثالث والثلاثون).
- التهاب الحنجرة و الرغامى والقصبات.
- الخناق (الدفتريا).
- خناق نودويغ.

الأورام السرطانية

- الأورام الخبيثة المتقدمة في اللسان أو الحنجرة أو البلعوم أو أعلى الرغامى.
- كجزء من العملية الجراحية عند علاج سرطان الحنجرة.
- سرطان الغدة الدرقية.
- شلل الحبال الصوتية ثنائي الجانب.
- بعد استئصال الغدة الدرقية.
- الشلل البصلي.
- بعد عملية المريء أو القلب الجراحية

الجسم الغريب في الطريق الهوائي

تذكر متاوردة هملينج - امسك المريض من الخلف مع وضع قبضة اليد في أعلى البطن ومن ثم اضغط للأعلى باتجاه الحجاب الحاجز. قد تحتاج لإعادتها عدة مرات قبل إخراج الجسم الغريب

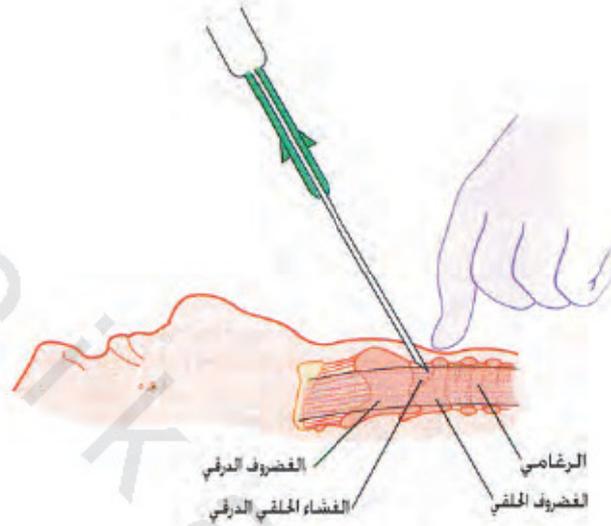
لتسهيل عملية التنفس الاصطناعي: يفضل بضع الرغامى بدلاً عن التنبيب الرغامى في حال حاجة المريض للتنفس الاصطناعي لمدة طويلة.

- يسمح بضع الرغامى في حالات الفشل التنفسي بـ :
 - إنقاص الفراغ الميت بحوالي ٧٠ ملل (عند البالغين).
 - تجاوز مقاومة الحنجرة.
 - مدخل إلى الرغامى لإزالة الإفرازات القصبية.
 - إعطاء الأوكسجين الرطب.
 - التنفس الاصطناعي بالضغط الإيجابي عند الحاجة.
- يجب إجراء عملية بضع الرغامى قدر الإمكان كعملية اختيارية وليس كإجراء نهائي عند اليأس. هناك درجات للاستعجال.

السداد الطريق الهوائي المهدد للحياة

Life-Threatening Airway Obstruction

في حال فشل التنبيب الرغامى أو في حال استحالة إجرائه، يجب عندها إجراء بضع الرغامى في الحال. لا يوجد وقت من أجل إجراء التعقيم. باستخدام يدك اليسرى امسك الرغامى من أي جهة لضمان عدم تحركها، قم بإجراء شق عمودي خلال أنسجة العنق حتى الرغامى وأدر المشروط ٩٠° لفتح الرغامى. سوف يكون هناك نزيف غزير قائم اللون لكن المريض سوف يستنشق الهواء بشدة عبر الفتحة. باستخدام إصبع السبابة لليد اليسرى كدليل عبر الجرح حاول إدخال أي أنبوب في الرغامى، يجب ذلك بعد شفط الدم إلى الخارج بأي شيء يمكن استخدامه. بعد استقرار مجرى الهواء يمكن التحويل إلى بضع رغامى جيد تحت ظروف أفضل. إذا لم يكن بمقدورك إجراء بضع رغامى كما هو موصوف سابقاً بإمكانك كسب فترة قصيرة من الوقت حتى توفر المساعدة من شخص أكثر خبرة وذلك بإدخال إبرة ذات فوهة واسعة في الغشاء الحلقبي الدرقي (الشكل رقم ١، ٣٨).



الشكل رقم (١٠٣٨). البضع الحلقى الدرقي.

استناد الطريق الهوائي التنقيحي

Airway Obstruction of More Gradual Onset

لا تسمح للحالة بالتدهور إلى الوضع الموصوف سابقاً. يشير وجود الصرير، الإعياء، و سرعة النبض إلى ضرورة التدخل. أما وجود الزرقة و ببطء النبض فيدلُّ على قوات الأوان. يجب مناقشة الحالة مع طبيب تخدير ذو خبرة، ويتم أخذ المريض إلى غرفة العمليات. بشكل نموذجي يجب إجراء بضع الرغامى تحت التخدير العام باستخدام التنبيب الرغامى. وحالما يتم إدخال الأنبوب الرغامى، يصبح الطريق الهوائي آمناً، ويتم إجراء بضع الرغامى بأمان وحذر مع الأخذ بعين الاعتبار احتياطات التعقيم الكاملة. في حال عدم تمكن أخصائي التخدير من تنبيب المريض، من الضروري إجراء العملية تحت التخدير الموضعي مع حقن الليدوكائين، بينما يقوم أخصائي التخدير أثناء ذلك بإعطاء الأوكسجين عن طريق قناع الوجه.

عملية بضع الرغامى الاختيارية Elective Tracheostomy

مثل أية عملية، يمكن تعلم بضع الرغامى فقط بالتوجيه والممارسة، لهذا سوف يعطى شرح بسيط عنها.

يجب أن تُجرى العملية تحت التخدير العام مع التنبيب الرغامى. كما يجب بسط العنق على أن يكون الرأس مستوياً، وليس ملتوياً إلى إحدى الجهات. إن إجراء الشق العرضي مفضل على الطولي، ويجب أن يتمركز في المنتصف بين الغضروف الحلقي وثلمه القفص (الشكل رقم ٢٨,٢). يتم تحديد العضلات الشريطية ومن ثم تسحب جانباً، (الشكل رقم ٢٨,٣)، يلي ذلك قطع بروز الغدة الدرقية. بمجرد الوصول إلى الرغامى (دائماً هي أعمق مما تظن) يجب التعرف على الغضروف الحلقي بالجنس ومن ثم تسحب حلقات الرغامى. تُفْتَحُ الرغامى بين الحلقتين الثالثة والرابعة (الشكل رقم ٢٨,٤). إن أفضل طريقة هي إجراء شق واحد في جدار الرغامى، ادخل غرزة مثبته على جانبي الشق لتساعد في سحب الشق وفتحه من أجل ادخال الأنبوب. بعد إدخال أنبوب للرغامى يتم سحب الإفرازات بإحكام ويترك شق الجلد دون إغلاق.

العناية التالية لإجراء بضع الرغامى After-Care of the Tracheostomy

العناية التمريضية Nursing Care

يجب أن تكون العناية التمريضية على مستوى عالٍ للحفاظ على الأنبوب مفتوحاً ومنع خروجه.

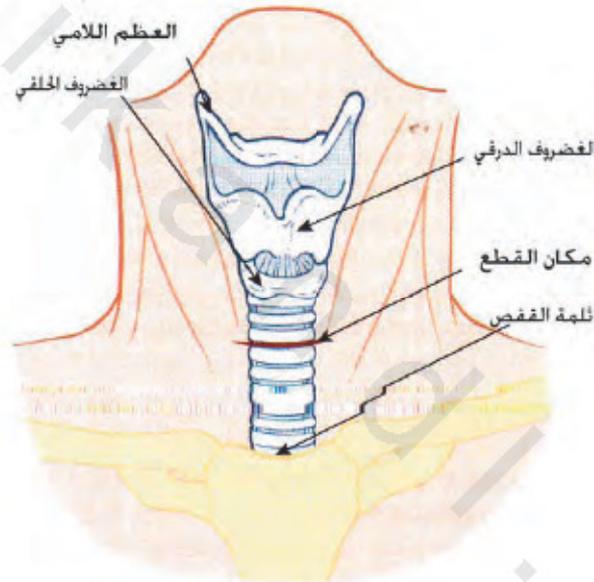
الوضعية Position

يُفضل عادة وضع المرضى البالغين بعد العملية في وضعية الجلوس مسنودين بشكل جيد. يجب أخذ الحظية لمنع انسداد فتحة البضع بالذقن عند حديثي الولادة،

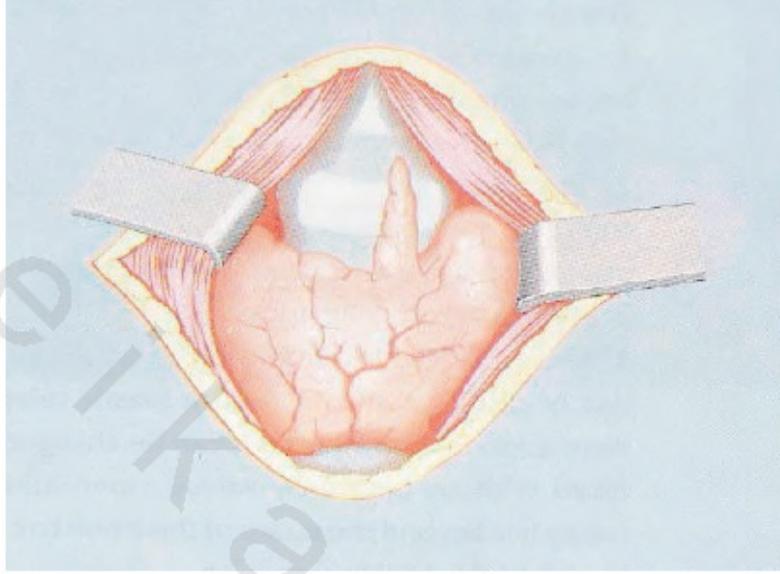
ويفضل أن يكون العنق مبسوطة قليلاً فوق منشفة ملفوفة.

الشفط Suction

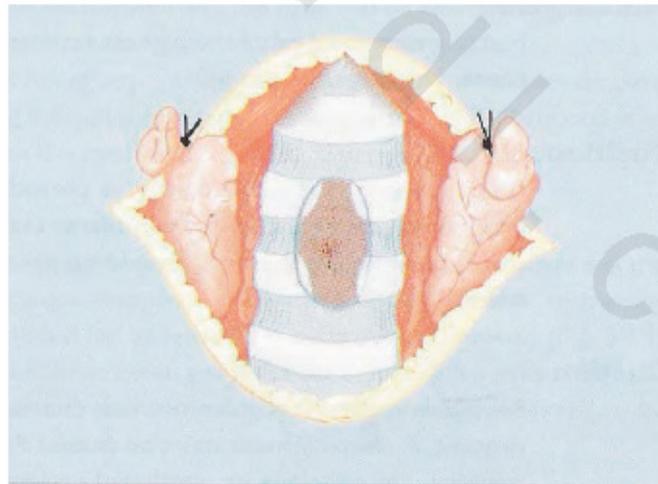
يتم الشفط على فترات منتظمة تحددها كمية الإفرازات الموجودة ويجب إدخال قسطرة نظيفة عبر الأنبوب في المرضى الواعين ويحتاج المرضى فاقد الوعي أو التنفس الاصطناعي إلى قسطرة أعمق وعلاج طبيعي.



الشكل رقم (٢، ٣٨). تضع رئاسي، تظهر العلامات الموضحة في العنق وهي العملية.



الشكل رقم (٣٨, ٣). بعد العضلات الشريانية، مما يكشف الزمامي وبرزخ الترقية.



الشكل رقم (٣٨, ٤). تم قطع بروزخ الترقية وفتح الجدار الأمامي للزمامي.

Humidification ترطيب

من الضروري ترطيب الهواء المستنشق لتلافي الجفاف وتكون القشور. عند الحاجة يمكن إدخال (١ ملل) المحلول الملحي المعقم إلى الرغامى ومن ثم الشفط.

Tube Changing تغيير الأنبوب

يجب تجنب تغيير الأنبوب إن أمكن لمدة ٢ أو ٣ أيام، بعدها يكون الطريق مهيئاً وبالإمكان تغييره بسهولة. يحتاج الأنبوب المزود ببالون عناية خاصة مع تفريغ متتابع للبالون لمنع التنخر الناتج عن الضغط. يجب أن يكون الهواء في البالون أقل ما يمكن لمنع تسرب الهواء.

Decannulation إزالة الأنبوب

يجب إزالة الأنبوب فقط عند التأكد من عدم الحاجة لبضع الرغامى. يجب أن يستطيع المريض التأقلم مع انسداد الأنبوب لمدة ٢٤ ساعة قبل إزالته (الشكل رقم ٣٨،٥). لإزالة الأنبوب عند الأطفال صعوبات خاصة. بعد الإزالة يجب أن يبقى المريض في المستشفى تحت المراقبة لعدة أيام.



الشكل رقم (٣٨،٥). بضع رغامى حديث لطفل صغير. لاحظ العرز الطبيعية في كلا الجهتين لتساعد على إعادة الأنبوب عند خروجه.

المضاعفات Complications

• النزيف.

• استرواح الصدر. ينجم عن انثقاب الجنبية الرئوية. يشفى عادة لكنه يجعل العناية ما بعد العمل الجراحي عملية صعبة جداً، ويمكن أن يحدث انتضاخ المنصف أيضاً.

الانسداد Obstruction

قد يكون انسداد الأنبوب أو الرغامى بالقشور أو الإفرازات الكثيفة قاتلاً. تحرك بشجاعة في حال انسداد مجري الهواء وعدم التمكن من فتحه بالشفط.
أزل الأنبوب بالكليّة وغيره إذا كان مسدوداً إذا كان الأنبوب مفتوحاً، أفحص الرغامى بملقط ذا زاوية لإزالة الانسداد. السعال القوي قد يخرج القشور ومن ثم يمكن تغيير الأنبوب.

الحروج الكامل للأنبوب Complete Dislodgement

قد يخرج الأنبوب إذا لم يثبت بإحكام. باعد أطراف الجرح باستخدام موسع الرغامى وضع أنبوباً نظيفاً. من المهم توفر الضوء الجيد.

الحروج الجزئي للأنبوب Partial Dislodgement

من الصعب التعرف على الحروج الجزئي للأنبوب وقد يكون مميتاً. يصبح الأنبوب عالقاً أمام الرغامى مما يعيق مجري الهواء. إذا تم تركه قد ينتج عنه تنخر الشريان الأبهري مما يؤدي إلى نزيف قاتل. تأكد من أن المريض يتنفس بحرية من خلال الأنبوب في كل الأوقات، ويجب تجنب مثل هذه المضاعفات.

الانتفاخ الجراحي Surgical Emphysema

قد يحدث إذا كان المريض على تنفس صناعي بضغط موجب، ويشفى عادة تلقائياً.

- التهاب سمحاق الغضروف وتضييق تحت المزمار. خاصة إذا تأذى الغضروف الحلقي. اذهب تحت أول حلقة رغامية.

نقاط سريرية عملية Clinical Practice Points

- إذا لم يحدث تحسن ثابت في حالة انسداد الطريق الهوائي أو القصور التنفسي، قم بدهم الطريق الهوائي بالتبيب الرغامى أو بضع الرغامى.
- تعلم تقنية إجراء بضع الرغامى الإسعافي، والبضع الحلقي الدرقي.
- تذكر أنه عند الأطلاق قد تتدهور الحالة بسرعة كبيرة جداً.