

النفث الدموي (الشديد)

HEMOPTYSIS (MASSIVE)

سيمون بيكارد، آلان غ. كاسون

Simon Pickard, Alan G. Casson

يعرف النفث الدموي بأنه النزف الدموي إلى داخل الطريق الهوائي والذي قد يهدد الحياة. وهناك عدة تصانيف تعرف النفث الدموي استناداً إلى كمية الدم والتي تتراوح بين ١٠٠ ملل إلى أكثر من ١٠٠٠ مل خلال ٢٤ ساعة، إلا أن أكثر المؤلفين أقرروا بأن كمية الدم يجب أن تكون أكثر من ٦٠٠ مل خلال ٢٤ ساعة حتى تطلق عبارة النفث الدموي الشديد Massive.

ويحدث الاختناق نتيجة امتلاء الشجرة الرغامية القصصية بالدم، ونادراً ما يكون النزف لوحده (دون امتلاء الشجرة الرغامية القصصية) سبباً للوفاة.

المسببات

Etiology

١- أمراض الرئة الالتهابية (٨٥٪): يشكل السل الرئوي الغالبية العظمى من الحالات التي يحدث فيها النفث الدموي حيث إنه يمكن أن يحدث النزف نتيجة تمزق أم الدم التي تعرف بأم الدم لراسموسين Rasmussen aneurysm (وهي عبارة عن أم دم كاذبة تحدث في الشرايين القصصية وتعتبر جدار الكهف السلي)، أو نتيجة آفة ارتشاحية حادة (كأن يحدث تنخر في الفروع الصغيرة للشريان أو الوريد الرئوي)، أو من تنخر عقدة لمفية داخل القصبات (مع تمزق حاد في المخاطية القصصية).

كما أن هناك مجموعة من أمراض الرئة الالتهابية التي قد تكون مسؤولة عن النفث الدموي الشديد وهي:

(أ) داء الرشاشيات الفطري Aspergillosis، بألية غير معروفة، (ب) التهاب الرئة التخري Necrotizing pneumonitis مع تشكل خراج رئوي (حالات الكحولية والاستنشاق الرئوي)، والتي ترافق مع نزف ثانوي لتنخر

- التركيبة الوعائية الرئوية، ج) الداء الليفي الكيسي Cystic fibrosis: يسبب النفث الدموي بعدة آليات تتضمن:
- توسع الأوعية القصبية الملتوية أصلاً، التحويلة الرئوية القصبية والخراجات الرئوية.
- ٢- التوسع القصبي المترافق بنزف قد يكون ثانوياً لضخامة وتكثف كل من الشرايين القصبية والمفاغرات الوعائية القصبية الرئوية ما قبل الشعرية.
- ٣- السرطان: يعتبر سبباً غير شائع للنفث الدموي الشديد، إلا أنه قد يحدث كنتيجة لتكاثر الشرايين الرئوية (إعادة توعية الورم).
- ٤- الرضوض مع حدوث الناسور القصبي الوعائي: تحدث عند اشتمال كل أو أحد فروع الشريان الرئوي أو التراكيب الوعائية الأخرى داخل الصدر أو الطريق الهوائي بالرضوض الشديدة.
- ٥- الصمة الرئوية: يمكن أن يحدث النزف من الشجرة القصبية، كنتيجة لحدوث التنخر الرئوي الناتج عن وجود صمة رئوية، وفي هذه الحالات فإن النزف يزداد سوءاً باستخدام مضادات التنخر.
- ٦- الناسور الشرياني - الوريدي: يحدث النزف هنا نتيجة تمزق الجدار الرقيق للناسور الشرياني الوريدي ما قبل الشعريات الرئوية، والذي يكون على اتصال مع الجملة الوعائية الرئوية، وقد يكون النزف كأحد مظاهر متلازمة ريندو- أوسلر - ويبير Rendu-Osler-Weber syndrome أو ما يعرف بتوسع الشعريات النزفي الوراثي.
- ٧- الأمراض القلبية الوعائية: يمكن للتضيق التاجي أن يسبب ارتفاعاً في الضغط الشرياني ويؤدي إلى حدوث تمزق في الأوعية الرئوية الصغيرة، كما يمكن أن يتسبب في عكس اتجاه جريان الدم خلال الاتصالات الوريدية الرئوية القصبية، كما يسبب توسع وتمزق الأوردة القصبية تحت المخاطية. كما أن الصمات المنطلقة من التنبات على الصمام مثلث الشرف يمكن أن تسبب احتشأاً رئوياً وحدوث نفث دموي.
- ٨- اختلاط من منشأ طبي: بعد قنطرة الشريان الرئوي، نتيجة تناول مضادات التخثر، أثناء أو بعد التنظير القصبي ... إلخ.

التشخيص

Diagnosis

- ١- الصورة السريرية: هناك مقولة مفادها بأن المرضى قد يكونون قادرين على تحديد موقع النزف لديهم إلا أن ذلك لا يتم الاعتماد عليه، بل من الضروري والهام جداً أخذ قصة سريرية مفصلة يمكن من خلالها معرفة طبيعة وشدة النفث الدموي، يجب استبعاد الرعاف أو الإقياء الدموي، كذلك يجب معرفة تفاصيل تناول أدوية حديثاً وخاصة مضادات التخثر.
- ٢- شعاعياً: يمكن الاستفادة من أشعة الصدر البسيطة، التصوير بالأشعة المقطعية، وتصوير القصبات الانتقائي الظليل في تحديد موقع ومعرفة سبب النفث الدموي.

٣- التنظير قصبي: يعتبر تنظير القصبات الصلب ضرورياً أثناء النقت الدموي الفعّال وذلك لحماية الطريق الهوائي، وتحديد موقع النزف والسيطرة عليه، كذلك يفيد في التشخيص، حيث تؤخذ عدة عينات أثناء التنظير لإجراء الفحوص الخلوية والكيميائية.

العلاج

Management

أهداف العلاج هي: منع حدوث الاختناق، إيقاف النزف المستمر، السيطرة على الأمراض المسؤولة عن حدوث النزف.

١- الخطوات العلاجية المباشرة:

- وضع المريض بالوضعية الجانبية حيث تكون جهة النزف ورأس المريض إلى الأسفل.
 - مراقبة إشباع الدم بالأكسجين و / أو تحري ذلك بإجراء غازات الدم.
 - تسكين المريض مع إعطائه مضادات السعال لمنع حدوث السعال.
 - فتح مدخل وريدي كبير الحجم مع إجراء زمرة (فصيلة) الدم واختبارات تصالب الدم Cross matching.
- يعتبر التنظير القصبي الصلب ضرورياً لحماية الطريق الهوائي، وسحب الدم والخثرات الدموية من الشجرة الرغامية القصبية، وكذلك لتهوية الطريق التنفسي. يمكن السيطرة على النزف بعد تحديد موقعه بتطبيق سائل فيزيولوجي مبرد ومثلج (يسبب تقبض الأوعية الدموية). في حال استمرار النزف يتم تنبيب المريض بأنبوب رغامي مع وضع بالون ضاغط في القصبة الهوائية. ويتم وضع المريض على جهاز التنفس الاصطناعي (باستخدام PEEP) ويعاد التنظير القصبي بعد ١٢-٢٤ ساعة لإعادة تقييم استمرار النزف، وذلك قبل البدء بالعلاج النوعي للنزف. ويفضل إجراء تنبيب انتقائي للمريض أو استخدام حاصر القصبات على الأنبوب داخل الرغامى ثنائي اللمعة لعزل الرئة ما لم تتمكن من إدخال الأنبوب ثنائي اللمعة بسرعة لعزل الرئة المصابة وحماية الطرف الآخر السليم.

٢- العلاج النوعي: يعتمد على العامل المسبب للنزف ويتضمن:

- أ) العلاج الدوائي (المحافظ) مع الصادات، معاكسة مضادات التخثر... إلخ،
- ب) التصميم الشرياني Arterial embolization عندما يكون إجراؤه ممكناً من الناحية التقنية، وقد أوردت معظم التقارير نجاح هذه الطريقة في السيطرة على معظم حالات النزف البطني، إلا أنه سجلت كذلك عدة حالات من عودة النزف، وهذا يعني أنه لا بد من اللجوء إلى علاج أكثر فاعلية من ذلك، وبالفعل تعتبر الآن تقنية إغلاق التشوهات الوعائية الشريانية الوريدية باستعمال بالونات قابلة للعزل، والحلقات الدائرية Coiled springs علاجاً نوعياً للنفث الدموي حتى في بعض الحالات الشديدة، ومع ذلك فإن بعض الحالات قد تحتاج إلى تداحل جراحي.

ج) الاستئصال الجراحي : قد يكون الحل الأمثل في بعض حالات النفث الدموي الشديد ، وذلك بعد تحديد مصدر النزف والسيطرة عليه وإجراء تقييم شامل للمريض .

د) العلاج الإشعاعي : يمكن استعمال الحزمة الإشعاعية الخارجية أو المعالجة الإشعاعية الكثبية (External beam or brachytherapy) إذا كان سبب النفث الدموي ورم رئوي بدئي أو ثانوي غير قابل للاستئصال الجراحي ، أو أن الجراحة مضاد استطباب عند هذا مريض النفث الدموي لسبب ما .

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Conlan AA. Massive hemoptysis: diagnostic and therapeutic implications. *Surgery Annual*, 1985; 17: 337.
- Jones DK, Davies RJ. Massive hemoptysis. Medical management will usually arrest the bleed- ing. *British Medical Journal*, 1990; 300: 889.
- Wedzicha JA, Pearson Me. Management of massive hemoptysis. *Respiratory Medicine*, 1990; 84: 9.