

المرض المنصفي :MEDIASTINAL DISEASE

□ الكتل:

< ٥٠٪ غير عرضية (معظمها حميدة).

عرضية (٥٠٪ خبيثة).

ألم صدري، سعال، زلة تنفسية، أخماج تنفسية متكررة.

بحة صوت، عسرة بلع، متلازمة هورنر، وذمة الوجه/ الطرف العلوي (انضغاط

الوريد الأجوف العلوي (SVC).

المتلازمات نظيرة الورمية [مثال: الوهن العضلي الوخيم (ورم التيموس)].

المنصف الأمامي (من القص إلى الحافة الأمامية للتامور).

ورم التيموس، ضخامة الدرق، التيراتوما (الورم المسخي)، أم دم الأهر الصدري،

(٤ T's Thymoma, Thyroid enlargement, Teratoma, Thoracic aortic aneurysm).

اللمفوما، CA، اللييوما (شحموم).

المنصف المتوسط (بين التامور الأمامي والخلفي).

الكيسة التامورية، الكيسة قصبية المنشأ، اللمفوما، CA، ضخامة عقدة لمفاوية، أم الدم

الأهرية.

المنصف الخلفي (بين التامور الخلفي والعمود الفقري).

الأورام عصبية المنشأ (القيلة السحائية)، الكيسات المعوية، اللمفومات، الفتوق الحجابية، الآفات المريئية، أم الدم الأبهريّة.

الاستقصاءات:

صورة الصدر، CT، الخزعة (تنظير المنصف، خزعة أو رشفة بالإبرة عبر الجلد).

العلاج:

الاستئصال الجراحي، إذا كان ممكناً.

العلاج الشعاعي والعلاج الكيماوي التاليان للعمل الجراحي، إذا كانت الكتلة خبيثة.

□ التهاب المنصف Mediastinitis:

الحاد.

شائع كاختلاط للتنظير (مثلاً. الانتقاب المريئي يشكل نقطة دخول للخمج).

قد يحدث أيضاً بعد الجراحة المريئية.

ينجم أيضاً عن التنخر الورمي.

المظاهر السريرية: الحمى، الإعياء، الألم خلف القص، علامة هامان (بالإصغاء صوت

سحق Crunch أثناء الانقباض القلبي مع انضغاط رئوي منصفى ومنصفى).

العلاج:

□ الصادات الحيوية، التفجير، + / - الإغلاق الجراحي للانتقاب.

المزمن:

حدثة حييومية عادةً (مثال: داء النوسجات، TB، الإفرنجي).

الانصبابات الجنبية PLEURAL EFFUSIONS:

يوجد بشكل طبيعي أكثر من ٢٥ مل من السائل الجنبى موجود في المسافة الجنبية.

الأعراض:

الزلة التنفسية (تختلف حسب حجم الانصباب).

الآلم الصدري الجنبى.

في حالات نادرة تكون الحالة لا عرضية.

العلامات:

انحراف الرغامى بعيداً عن الانصباب.

نقص التمدد في الجانب الموافق.

نقص الاهتزاز اللمسي.

الأصمية بالقرع.

نقص أصوات التنفس.

التنفس القصبي وظاهرة الثغاء Egophony في المستوى العلوي للانصباب.

الاحتكاك الجنبى.

الاستقصاءات:

صورة الصدر:

□ ينبغي أن يكون السائل الجنبى < ٢٥٠ مل من أجل رؤيته على صورة الصدر.

□ الحافة العلوية للكثافة تبدو مقعرة (إذا كانت أفقية، فهذا يدل على احتمال وجود

انصباب مع ريح صدرية).

□ الانصباب صغير الحجم: تصبح الزاوية الحجابية الضلعية الخلفية قليلة في الصورة الجانبية.

□ سوف ينزحل السائل على صورة الصدر بوضعية الاستلقاء إلا إذا كان السائل موضعاً (الانصباب المحجب).

□ في صورة الصدر بوضعية الاستلقاء (الظهري)، سوف يظهر السائل على شكل ضبابية معممة.

بزل الصدر (أساسي!) — ويتم تحليل السائل من أجل:

□ البروتين، LDH (السائل التنقي Transudate مقابل التنقي Exudate، انظر الجدول ١٠).

□ تلوين غرام، تلوين تسيل — نيلسون (TB)، الزرع.

□ تعداد الكريات مع الصيغة. (العدلات مقابل الخلايا اللمفاوية).

□ الفحص الخلوي (خباثة، خمج).

□ نقص السكر (TB، RA)، الدبيلة، الخباثة).

□ العامل الرثواني، ANA، المتمة.

□ الأميلاز (التهاب البنكرياس، انثقاب المري).

□ PH (في الدبيلة > ٧.٢، في TB وورم الظهارة المتوسطة في الجنب > ٧.٣).

□ الدم (غالباً رضي، الخباثة، PE مع الاحتشاء).

□ TG (انصباب كيلوسي ناجم عن الرشح من القناة الصدرية، وغالباً ما يكون

رضياً، الرض، كارسينوما الرئة، اللمفوما).

خزعة الجنب: من أجل TB أو الخباثة.

الإيكو: يحدد الانصبابات الصغيرة ويمكن أن يوجه بزل الصدر.

العلاج يعتمد على السبب، + / - التفجير إذا كان عرضياً.

لتحديد إذا ما كان الانصباب نتحياً أو نتعياً، استخدم السائل من بزل الصدر مع عينة

دموية (تؤخذ في نفس الوقت) يجب أن تكون كل معايير الانصباب التنعي محققة

(انظر الجدول ١٠).

□ أسباب الانصباب التنعي:

زيادة الضغط الهيدروستاتيكي الشعيري.

CHF (كل من RHF و LHF).

فرط حمل السائل.

التهاب التامور العاصر.

نقص الضغط الجرمي للبلازما:

المتلازمة النفروزية.

التشمع، القصور الكبدي.

أسباب أخرى لنقص ألبومين الدم (مثل، اعتلال الأمعاء المضيع للبروتين).

غير خمجي:

- الأمراض الوعائية الكولاجينية (SLE RA).
- التخريش تحت الحجاب (التهاب البنكرياس).
- الـ PE والاحتشاء.
- الانصباب الكيلوسي – الناجم عن انسداد القناة الصدرية.
- CHF مزمن.

خمجي:

- ذات الرئة (انصباب الجنب المترافق مع ذات الرئة).
- الدبيلة (تقيح الجنب)، خراجة الرئة.
- الخراجة تحت الحجاب.

جوهرة سريرية CLINICAL PEARL:

الانصبابات النتعية غالباً ما تكون ثنائية الجانب والانصبابات النتحية وحيدة الجانب.

تقييم الجنب (الدبيلة) EMPYEMA:

- وجود قيح في المسافة الجنبية.
- الأعراض: الحمى، الألم الصدري الجنبية.
- ينجم غالباً عن الانتشار من الجوار من خمج رئوي.
- أكثر شيوعاً في الأخماج اللاهوائية.
- قد ينتج أيضاً عن خمج عبر جدار الصدر تال للرض أو الجراحة.

يتميز الانصباب بوجود العدلات وقد تكون العضيات مرئية بتلوين غرام.
لمفاوي في TB.

العلاج:

الصادات الحيوية، تفجير الصدر بالأنبوب، التفجير الجراحي إذا كان تقيح الجنب موضعاً.

الريم الصدرية PNEUMOTHORAX:

هي وجود هواء في المسافة الجنبية يجعل الضغط داخل الجنب إيجابياً بدلاً من أن يكون سلبياً مما يمنع انتفاخ الرئة.

الأسباب:

بدئية (بسيط):

□ تمزق عفوي لفقاعة رئوية تحت الجنب في القمة داخل المسافة الجنبية.

□ غالباً ما تشاهد عند الذكور اليافعين الأصحاء طوال القامة.

ثانوية (مختلط):

□ الرض، خاصة علاجي المنشأ، (مثل خطوط CVP، بعد بزل الصدر، التهوية الآلية).

□ تمزق سنخي ناجم عن زيادة الضغط السنخي.

□ تمزق فقاعة تحت جنبية (مثال COPD).

□ تنخر النسيج الرئوي القريب إلى سطح الجنب (مثل، ذات الرئة، والخراجة، PCP، كارسينوما الرئة).

الأعراض:

قد لا تكون عرضية.

الألم الصدري الجنبى ذو البدء الحاد.

زلة تنفسية ذات بدء حاد.

العلامات:

نقص التمدد والأصوات التنفسية في الجانب الموافق.

انحراف الرغامى إلى الجهة المعاكسة.

نقص الاهتزاز الصوتي / اللمسي.

يلاحظ بالقرع زيادة الرنين Hyperresonant.

نقص أصوات التنفس في الجانب الموافق.

صورة الصدر:

إذا كانت الرياح الصدرية صغيرة: يُشاهد انفصال الجنبه الحشوية والجدارية كخط

هلالى دقيق مواز لجدار الصدر في القمة.

إذا كانت كبيرة: يلاحظ زيادة الكثافة ونقص حجم الرئة في الجهة الموافقة للريح

الصدرية.

العلاج:

الريح الصدرية الصغيرة تُشفى عفويًا.

الريح الصدرية الكبيرة أو تلك المختلطة بمرض رئوي مستبطن تتطلب وضع أنبوب

صدري موصول بصمام تحت الماء + / - مص.

إيثاق الجنب Pleurodesis بواسطة عامل مصلب من أجل الهجمات المتكررة.
استئصال الفقاعة.

□ الريح الصدرية الموترة:

حالة طارئة! (راجع الوجيه في طب الإسعاف).

المرض الجنبى الناجم عن الأسبست:

ASBESTOS-RELATED PLEURAL DISEASE:

انصباب جنبى نتحي.

تسمك أو تكلس جنبى، لويحة جنبية (التنكس الزجاجي البسيط).

ورم الظهارة المتوسطة في الجنب Mesothelioma.

التدخين ليس عامل خطورة.

خبثاة بدئية.

تحدث بعد أكثر من ٢٠ سنة من التعرض الخفيف للأسبست.

ألم صدري مستمر، زلة تنفسية، سعال، تشنن جنبى، انصباب جنبى مدمى، فقدان الوزن، تبقراط الأصابع.

التشخيص: بالخزعة (المفتوحة أو عبر تنظير الجنب).

العلاج: نادراً ما يكون ناجحاً (معدل البقاء الوسطى أقل من سنة واحدة).

ذات الرئة PNEUMONIA:

خنج بالبرانشيم الرئوي.

دفاعات الرئة الطبيعية.

منعكس السعال، الإنغلاق الانعكاسي للسان المزمار.

النقل الهدبي المخاطي الرغامي القصبي.

البالعات الكبيرة السنخية.

استجابة جهاز المناعة الالتهابية.

عوامل الخطر المضعفة لدفاعات الرئة:

التدخين، تناول الكحول، ETT / التنبيب الأنفي الرغامي، العلاج التنفسي، نقص أكسجين الدم، الحمض، استنشاق السموم، الوذمة الرئوية، اليوريميا، سوء التغذية، التثبيط المناعي، الانسداد الميكانيكي، الداء السكري، استئصال الطحال، عمر الكهولة، نقص مستوى الوعي، خطر الاستنشاق.

الإمراض:

استنشاق عضيات الطريق الهوائي العلوي (العقديات الرئوية، العقديات المقيحة، المفطورات، المستدميات النزلية، الموراكسيلا النزلية).

استنشاق الإرذاذات Aerosol المخموجة (المفطورات، TB، الانفلونزا، الليجيونيل، النوسجة، المتدثرات البيغائية، حمى Q).

أسباب أخرى: دموي المنشأ [العنقوديات المذهبة، الجراثيم المغزلية Fusobacterium، مباشر (الرض)].

الجدول (١١) : المظاهر السريرية لذات الرئة النمطية وغير النمطية .		
• لمظهر السريري	• النمطية	• غير النمطية
• لعضيات المسببة	• يات الرئوية . • تدميات النزلية . • را القموية المستوطنة .	• العقد لمفطورات . • المسد لمتدثرات (كلاميديا) . • الفلو يروسية، الليجيونيلا .
• لبداء .	• مفاجئ . • ئ .	• تحت حاد .
• لسعال .	• منتج . • اف .	• ج .
• لألم الصدري .	• ي (في بعض الحالات) . • جنبي .	• ير شائع .
• لأعراض الأخرى .	• وءات، القشعريرة، ضيق النفس، الغثيان، الإسهال . • العر .	• لصداع، الألم العضلي .
• لحرارة $< 38^{\circ}\text{C}$. • منوية .	• ة . • شائع .	• شائعة .

• R (سرعة القلب) • 110 <	• شائع • ير شائع.	غ
• لامات التكثف*	• شائع • ير شائع.	غ
• عداد WBC • فع. • كثرة • العدلات.	• مرت • بيعي أو مرتفع بشكل • طفيف.	ط
• ورة الصدر • دة الجانب. • ضعة. • ية.	• وحي • نائية الجانب، منتشرة. • مو • لالية + / - سنجية. • سنخ	ث خ
*صمية: بالقرع، ازدياد الاهتزاز الصوتي واللمسي، أصوات تنفسية قصبية، خراخر فرقية، اللغط القصبي، ثغانية الصوت، الكلام الصدري المهموس.		

التظاهر السريري:

متلازمات ذات الرئة النمطية وغير النمطية (انظر الجدول ١١).

غالباً ما يتظاهر الكهل بشكل غير نمطي، تكون العلامة الوحيدة أحياناً تبدل مستوى الوعي.

تؤثر البوابات على التظاهر السريري والعلاج.

الاستقصاءات العامة:

الاختبارات الروتينية: تحدد الإنذار والحاجة للاستشفاء.

غازات الدم الشريانية: تقييم كفاية التبادل الغازي في الحالات الشديدة.

زرع القشع وتلوين غرام، زرع الدم، زرع السائل الجنبى، زرع فيروسية/ الفحوص المصلية (البوابات).

صورة الصدر:

□ تظهر توزع وامتداد الارتشاح +/- - التكهفات.

تنظير القصبات +/- - الغسلات للمرضى المتعبين بشدة غير المستجيبين للعلاج والمتبطين مناعياً.

التشخيص التفريقي:

التهاب القصبات الحاد، الانصباب (يمكن أن يكون ناجماً عن ذات الرئة)، PE، CA،

الوذمة الرئوية، ذات الرئة بالحمضات المزمنة، توسع القصبات، HSP، BOOP،

الالتهاب الرئوي المحرض بالأدوية.

معايير الاستشفاء:

العمر < ٦٥.

أمراض مرافقة هامة (مثل الداء السكري، التثبيط المناعي، الورم).

قلة البيض NYD.

العنقوديات المذهبة، العصيات سلبية الغرام، اللاهوائيات كعوامل مسببة.

الاختلاطات الخمجية (الدبيلة، التهاب المفاصل، التهاب الشغاف، التهاب السحايا).

فشل تدبير المريض الخارجي، عدم القدرة على تناول الأدوية فمويًا.

تسرع التنفس الشديد، تسرع القلب، انخفاض الضغط، نقص أكسجين الدم، تبدل

مستوى الوعي.

العلاج:

المعالجة التجريبية اعتماداً على الوبائيات.

العمر > ٦٠ أو المريض الخارجي: ماكروليد (مثال: الإريثرومايسين).

العمر < ٦٠ أو وجود مرض مستبطن مرافق: سيفالوسبورين من الجيل الثاني، بيتا

لاكتام أو مثبط β لاكتاماز، أو TMP - SMX + / - ماكروليد.

المرضى المقبولون في المشفى: الجيل الثالث من سيفالوسبورين، أو بيتا لكتام أو مثبط

β لاكتاماز + / - ماكروليد.

المرض الشديد: ماكروليد + الجيل الثالث من سيفالوسبورين + / - الريفامبين.

الجدول (١٢): العضيات الشائعة في ذات الرئة.

		المكتسبة في المجتمع Community Acquired	
	لمرافقة HIV -	لمستشفوية nosocomial	لمسنون / أمراض مرافقة* / دور المسنين
للكحوليين			
	للكليسيلا . الرنثوي . الكارييني .	لعصيات سلبية الغرام المعوية . لزوان الزنجارية . B .	لعقدنيات الرئوية . لمفطورات . لمتدثرات . لمسندميات النزلية . لعنقوديات المذهبة . لللاهوائيات القموية . للجيجيونيليا .
لعصيات سلبية الغرام المعوية .	لعنقوديات المذهبة .	لعنقوديات المذهبة . لللاهوائيات القموية .	لعنقوديات الرئوية . لمستدميات النزلية . لعصيات سلبية الغرام . لعنقوديات المذهبة . لللاهوائيات القموية . للجيجيونيليا .

الأمراض المرافقة تتضمن COPD، CHF، السكري، القصور الكلوي، الاستشفاء الحديث .

□ العوامل الممرضة المسببة لذات الرئة: (راجع الوباء في الأمراض الخمجية).

المكورات العقدية الرئوية:

ذات الرئة الجرثومية الأكثر شيوعاً.

المعرضون للخطر: اختلاط ثانوي لخمج السبيل التنفسي الفيروسي.

التظاهر السريري: بدء مفاجئ للحمى والعرواءات، التهاب الجنب Pleurisy، قشع (صدأي)، كن متبهاً للإصابة السحائية.

صورة الصدر: تسبب الرئويات تكثفاً فصيماً بشكل كلاسيكي.

القشع: يبدي وجود كريات بيضاء مفصصة النوى، ومكورات مزدوجة بيضوية الشكل إيجابية الغرام.

الفحوص المخبرية: كثرة البيض (١٠.٠٠٠ - ٣٠.٠٠٠ شائع، لكن قد يحدث انخفاض البيض عند القبول).

العلاج: بنسلين G (الإريثرومايسين إذا كان هناك حساسية للبنسلين، الفانكومايسين، السفترياكسون أو السيفوتاكسيم إذا كانت مقاومة) لمدة ٧-١٠ أيام.

الوقاية: لقاح الرئويات (يعطى مرة واحدة فقط).

المكورات العنقودية الذهبية:

بدء مفاجئ لذات الرئة والقصبات.

المعرضون للخطر: اختلاط ثانوي لخمج الانفلونزا أو عند المريض المقبول في المشفى مع مرض مستبطن، والسكري الشديد، مدمنو المخدرات، المثبط مناعياً.

التظاهر السريري: الحمى الشديدة، العرواءات، الزلة التنفسية المترقية، الزرقة،

السعال، الألم الجنبي، المظهر السمي.

الاختلاطات: التكهف (ذات الرئة النخرية)، الريح الصدرية، الدبيلة، القيالات الهوائية عند الأطفال.

القشع: يظهر وجود العدلات مع مكورات إيجابية الغرام على شكل عناقيد، وسلاسل، وأزواج.

العلاج: الكلوكساسيلين أو الفانكومايسين (إذا كان هناك حساسية للبنسلين) لمدة ٧-١٠ أيام مع تصريف أي تقيح جنبي.

المفطورات الرئوية:

ذات الرئة غير النمطية الأكثر شيوعاً.

المعرضون للخطر: اليافعون (خاصة بعمر ٥-١٥ سنة).

الحضانة: ١٢-١٤ يوم (بدء مخاتل).

التظاهر السريري: مرض بنيوي مع الحمى، والسعال المتقطع المستمر +/- القشع قليل الكمية، العرواءات غير شائعة.

المظاهر خارج الرئوية: الصداع، الإسهال، التهاب بلعوم غير التنحي، تظاهرات جلدية (مثال حمامى عديدة الأشكال)، الألم المفصلي، الألم العضلي، نوبات انحلال دموي، التهاب غشاء الطبل الفقاعي، CNS (مثال التهاب سنجابية النخاع، متلازمة غيلان باريه، التهاب السحايا والدماغ).

صورة الصدر: تكون كلاسيكياً أسوأ من التظاهرات السريرية، وتشاهد إصابة المسافة الهوائية، البقعية، ثنائية الجانب.

القشع: الخلايا وحيدة النواة أكثر والعدلات أقل من ذات الرئة الجرثومية، لكن

المفطورات غير مرئية.

الفحوص المخبرية: تثبيت المتممة يظهر ارتفاعاً هاماً في العيار أكثر من ٨٠٪، ارتفاع أضداد (IgM I) في ٥٠٪ من الحالات، الرصاصات الباردة، لا ترتفع WBC بشكل هام، ترتفع العدلات بشكل معتدل.

العلاج: الإريترومايسين، الدوكسي سيكلين $\times 10 - 14$ يوم.

الليجونيلارثية:

مرض الليجونيلارثية موجود في الماء الملوث ومكيفات الهواء. المعرضون للخطر: المدخنون، العمر < 65 ، الذكور، المثبطون مناعياً، المرض الرئوي المزمن، السرطان، المرض الكلوي والقلبي المزمن. الحضانة: ١٠-٢ أيام.

التظاهرات السريرية: أعراض غير تنفسية مهيمنة قد تسبق المشاكل الرئوية، التوعك، الحمى، الأعراض الهضمية، الهذيان، القصور الكلوي. البدء المفاجئ للسعال، العرواءات، الزلة التنفسية، التهاب الجنب، ذات الرئة والقصبات، القشع المخاطي الحاوي على خيوط دموية. القشع: جراثيم عسوية سلبية الغرام تتلون بشكل ضعيف. الفحوص المخبرية: التألق المناعي للمصل، المستضد البولي لليجونيلارثية، BAL. العلاج: الإريترومايسين 2-3 X أسابيع.

□ ذات الرئة الفيروسية:

السبب الأكثر شيوعاً لذات الرئة عند الأطفال (غالباً RSV). أقل من ١٠٪ من ذوات الرئة عند البالغين (غالباً فيروس الإنفلونزا).

المعرضون للخطر: ذات الرئة بالإنفلونزا عند المسنين، المرض القلبي أو الرئوي أو الكلوي المزمن.

الإنفلونزا تؤهب لذات الرئة الجرثومية، خاصة بالمكورات الرئوية أو العنقوديات المذهبة.

صورة الصدر: أسوأ من التظاهرات السريرية.

القشع: يظهر خلايا وحيدة النواة أكثر ومعتدلات أقل مقارنة مع ذات الرئة الجرثومية.

العلاج: لا يوجد علاج عادةً، لكن إذا كان المريض مثبطاً مناعياً فيمكن استخدام الأمانتادين (للإنفلونزا A) أو الريبافيرين (لـ RSV).

الوقاية: لقاح الإنفلونزا السنوي.

المستدميات النزلية:

المعرضون للخطر: الأطفال، المدخنون، تترافق مع سوربات الـ COPD.

تسبب كل من السلالة ذات المحفظة والسلالة عديمة المحفظة الأخماج الرئوية.

التظاهرات السريرية: مشابهة لذات الرئة بالمكورات الرئوية، ذات الرئة الفصية.

القشع: جراثيم عسورية سلبية الغرام.

العلاج (كثيراً ما تكون مقاومة للبنسلين)، سيفالوسبورين (الجيل الثاني)، TMP/SMX، كينولونات، أموكسيسيلين - كلافلينات.

الموراكسيلا النزلية:

المعرضون للخطر: شائعة عند المدخنين ومرضى الـ COPD والسكريين، ومرضى

الخبثات والكحوليين والمرضى الموضوعين على الستيرويدات، نادرة عند البالغين

الطبيين.

التظاهرات السريرية مثل تظاهرات ذات الرئة اللانمطية.

صورة الصدر تبدي وجود تكثف فصي.

القشع: مكورات سلبية الغرام، مفردة أو مزدوجة.

العلاج: التتراسيكلين أو الدوكسي-سيكلين، TMP-SMX، السيفالوسبورينات،

الماكروليدات، الكينولونات المفلورة.

□ ذات الرئة بالعصيات سلبية الغرام المعوية: (تتضمن الزوائف الزنجارية).

المعرضون للخطر: شائعة في المشافي ودور المسنين (٥٠-٧٠٪ من ذات الرئة المشفوية).

ذات رئة وقصبات ثنائية الجانب.

الاختلاطات: الصدمة الإنتانية، مع تجرثم الدم، الخراج.

العلاج: سيفالوسبورين (الجيل الثالث) + / - أمينوغليكوزيد أو سيبروفلوكساسين،

تتطلب الزوائف الزنجارية عادة بنسلين / سيفالوسبورين + أمينوغليكوزيد حساس للعضية.

الكلبسيلا الرئوية:

المعرضون للخطر: الكحوليون.

التظاهرات السريرية: بدء الانفجاري للحمى، الإعياء، مشابهة للمكورات الرئوية،

قشع مدمى (هلام العنب الأحمر).

الاختلاطات: التكهف السريع، الخراج، معدل الوفيات مرتفع.

صورة الصدر: تبدي كلاسيكياً تكثفاً فصياً مع تبارز الشقوق.

القشع: عصيات كبيرة ذات محفظة سلبية الغرام.

العلاج: سيفالوسبورين وأمينوغليكوزيد، النزع الكافي للديلة (قد تسبب تندباً واسعاً).

□ ذات الرئة باللاهوائيات:

المعرضون للخطر: أولئك الذين لا يمكنهم حماية الطريق الهوائي من خطر الاستنشاق (مثال المرضى الذين لديهم نقص في مستوى الوعي، تثبط منعكسات الطريق الهوائي، الاختلاجات، الكحوليين).

التظاهر السريري: بدء تدريجي، قشع كرية الرائحة.

الاختلاطات: ذات الرئة النخرية مع تشكل خراجة، ديلة.

صورة الصدر: تصاب المناطق الرئوية المعتمدة على الجاذبية Dependent، عادة تحدث الرشاحات في الشدفة السفلية من الفص العلوي الأيمن أو الشدفة القمية من الفص السفلي.

القشع: يميل إلى أن يكون خمجاً متعدد الجراثيم.

العلاج: جرعة عالية من البنسلين G أو كلينداميسين.

التكيس الرئوي الكاريني:

المعرضون للخطر: المرضى الموضوعون على مثبطات المناعة أو العلاج الكيماوي،

مرضى الـ AIDS عندما يصبح تعداد $CD_4 > 200$.

التظاهر السريري: أخماج انتهازية متزامنة غير نموذجية.

صورة الصدر:

ارتشاح خلالي منتشر، يقتصر غالباً على الفصوص العلوية.

القشع: تلوين غيمزا، ينخفض إنتاج القشع في المرضى الموضوعين على الوقاية الكيماوية، قد يتطلب التشخيص BAL أو خزعة عبر القصبات.

العلاج: TMP-SMX، بنتاميدين، دابسون - TMP، كليندامسين - بريماكوين، أتوفاكون، أضف الستيرويدات القشرية إذا أصبحت $\text{PaO}_2 < 70$ ملم زئبقي أو $\text{AaDO}_2 < 35$ ملم زئبقي.

الوقاية: في الإيدز بعد نوبة PCP أو عندما يكون تعداد $\text{CD}_4 < 200$ يستخدم TMP-SMX، الدابسون - TMP، أو البنتاميدين.

خراجة الرئة LUNG ABSCESS:

تكهف موضع مع قيح ناجم عن تنخر النسيج، مع التهاب رئوي حولها.
الإمراض:

استنشاق العضيات اللاهوائية في الطريق الهوائي العلوي.

ذات الرئة المعالجة بشكل غير كاف (خاصة العقنوديات المذهبة، ذات الرئة بالكلبسيلا).

الانسداد القصبي (الورم، الجسم الأجنبي).

الاحتشاء الرئوي.

الصدمات الإنتانية.

التظاهرات السريرية:

حاد أو مخاتل مع أعراض باكرة مثل ذات الرئة.

قشع قيحي، قد يحوي خيوطاً دموية، رائحة عفن ← اللاهوائيات.

خراجة مزمنة: فقدان الوزن، فقر الدم، تبقراط الأصابع.
العلامات السريرية للكشف.

الاستقصاءات:

صورة الصدر (تكهف تخين الجدار مع سووية سائلة)، CT.
زرع القشع مع تلوين غرام.
الرشف الصدري / عبر الرغامى، تنظير القصبات مع الزرع الخاص باللاهوائيات.
التشخيص التفريقي:
كارسينوما متكهفة.
توسع القصبات.
TB، الفطار الكرواني.

العلاج:

الصادات الحيوية اعتماداً على الزرع والتحسس، التفجير بالوضعة.
النزح الجراحي والاستئصال نادراً ما يكون ضرورياً.

الأخماج الفطرية FUNGAL INFECTIONS:

(راجع الوجيه في الأمراض الخمجية).

□ الفطور المرضية البدئية:

الأسباب: النوسجات المغمدة *Histoplasma capsulatum*، الكروانية اللدودة *Coccidioides*

immitis، البرعمية الملتهبة للجلد *Blastomyces dermatidis*.

الأمراض:

خمج رئوي حبيومي بدئي.

انتشار جهاززي دموي المنشأ.

يقضى على الفطر عادة إذا كانت مناعة المريض كافية.

يستمر كخمج حبيومي جهاززي مزمن عند المريض مثبط المناعة.

التظاهرات السريرية:

لا عرضي غالباً أو مرض تنفسي خفيف.

ذات رئة حادة تشفى بتشكيل حبيومات مع التكلس.

ذات رئة تكهفية مزمنة تشبه سريريا أو شعاعياً TB أو CA.

مرض منتشر: إلى السحايا والدماغ والعظم والكبد والطحال والكلية والمفاصل والجلد.

التشخيص: خزعة نسيجية من أجل التلوين والزرع.

العلاج: الأمفوتريسين B، الإيتراكونازول.

□ الفطور الانتهازية:

➤ داء الرشاشيات Aspergillosis.

السببيات: غالباً الرشاشيات الدخناء.

التظاهرات السريرية:

داء الرشاشيات القصبي الرئوي الأرجي (راجع الارتشاحات الرئوية بالحمضات).

الورم الرشاشي (كرة الفطر):

□ كرة غير غازية من الخيوط الفطرية تستعمر تجويفاً رئوياً موجوداً مسبقاً.

□ تتراوح من كونها لا عرضية وحتى النفث الدموي الكتلي.

□ صورة الصدر: ظل مدور محاط بحلقة رقيقة شفيفة للأشعة من الهواء، يتوضع غالباً في الفصوص العلوية (علامة الهلال الهوائي).

داء الرشاشيات الغازي:

□ المعرضون للخطر: مثبطو المناعة، خاصة نقص العدلات.
□ الأعراض الشديدة مع الحمى والسعال والزلة التنفسية والألم الجنبى والميل إلى التكهف.

□ صورة الصدر: ارتشاحات موضعية أو منتشرة + / - احتشاء رئوي.

داء الرشاشيات الرئوي داخل القصبي:

□ المعرضون للخطر: المرض الرئوي المزمن.

□ السعال المزمن ونفث الدم.

العلاج: الأمفوتريسين - B، الإيتراكونازول، استئصال الورم الرشاشي.

□ داء المكورات الخفية Cryptococcosis:

السببيات: المستخفيات الحديثة.

التظاهرات السريرية:

الحاد: يشفى غالباً عفوياً عند الأشخاص الأسوياء مناعياً.

المزمن: ارتكاس حبيومي رئوي شديد مع انتشار دموي إلى الدماغ مما يسبب التهاب

سحايا ودماغ ميت إذا لم يعالج، المعرضون للخطر هم المرضى المثبطون مناعياً.

العلاج: الأمفوتريسين B + / - الفلوسيتوزين.

□ المبيضات:

السببيات: المبيضات البيض.

التظاهرات السريرية:

الحمى، إنتان الدم.

تنتشر دمويًا عادةً إلى الرئتين.

صورة الصدر: ارتشاح عقيدي مبهم منتشر- يشاهد فقط عندما تشكل خراجات متعددة.

العلاج: الأمفوتريسين B.

المتفطرات MYCOBACTERIA:

المتفطرة السلية:

الإمراض:

استنشاق القطيرات الضبوية Aerosolized من المخالطين بشدة.

تطور الإرتكاسات الحبيومية في الرئتين.

الانتشار الموضع إلى العقد اللمفاوية وإلى الأعضاء البعيدة عن طريق الدم.

تشفى الآفات وتتليف عند الأسوياء مناعياً.

تتكاثر الآفات عند المثبطين مناعياً.

التظاهرات السريرية:

يكون المريض لا عرضياً غالباً لا عرضي لكن قد تحدث الحمى والإعياء والحمى

العقدة والسعال والقشع.

السل الأولي التالي: إعادة تفعيل العضيات الهاجرة عند المرضى المثبطين مناعياً،

الأعراض هي السعال والقشع القيحي ونفث الدم وفقدان الوزن والحمى والتعرق

والإعياء والقهم والزلة التنفسية والألم الصدري الجنبى.

السل الدخني: (تالي للانتشار البدئي للأورام الحبيبية المتعددة الصغيرة جداً عند

المرضى المثبطين مناعياً)، تشمل الأعراض الحمى وفقر الدم وضخامة الطحال.

السل الأولي: ارتشاحات متكلسة في الفص السفلي غير نوعية، ضخامة العقد السرية

والعقد جانب الرغامى، انصباب الجنب.

السل الأولي التالي: تكهف في المناطق القمية والشذف الخلفية من الفص العلوي و/ أو

الشذفة العلوية في الفصوص السفلية + / - التكلس.

السل الدخني: عقيدات دقيقة جداً متوزعة في كامل الصدر بشكل منتظم (مثل

البذور).

الاستقصاءات:

الزرع من المناطق المصابة والتعرف على العصيات المقاومة للحمض (تلوين تسيل -

نيلسن).

اختبار مانتوكس الجلدي (انظر في لاحقاً).

صورة الصدر.

جوهرة سريرية CLINICAL PEARL:

مركب غون Ghon complex: وجود عقيدة متكلسة إضافة إلى اعتلال

العقد اللمفية المنصفية/ السرية المتكلسة مع علامات مرضية لخمج

أولي سابق بالسل على صورة الصدر.

العلاج:

INH (الإيزونيازيد) والريفامبين لستة أشهر مع البيرازيناميد في الشهرين الأولين. السلالات المقاومة للأدوية المتعددة (MDR-TB) ينبغي معالجتها بالـ INH، والريفامبين، والبيرازيناميد، والايثامبوتول، ثم تعدل حسب التحسس.

الوقاية:

INH + / - الفيتامين B₆ لمدة (٦-١٢) شهر للمرضى الذين لديهم:

- انقلاب في الاختبار الجلدي خلال السنتين الأخيرتين.
- اختبار جلدي إيجابي: بعمر > ٣٥ سنة، مع صورة صدر شعاعية غير طبيعية، والمريض مثبط مناعياً أو متعرض للسل.
- الذين هم على تماس وثيق مع شخص مصاب بالسل الفعال.
- تماس مريض الـ HIV مع شخص مخموج.
- الريفامبين للأشخاص المخالطين للمرضى الحاملين للسل المقاوم للإيزونيازيد.
- خطر تطور السل عند المرضى غير المثبتين مناعياً بعد انقلاب الاختبار الجلدي هو ١٪ لكل سنة في السنوات الخمس الأولى و ٠.١٪ لكل سنة بعد ذلك.

□ المتفطرات اللانموزجية:

السببيات: المتفطرة الطيرية داخل الخلوية، متفطرة Xenopi، المتفطرة الكنسسية .Kansassi

المعرضون للخطر: المثبطون مناعياً، المسنون، المرض الرئوي المزمن، سوء التغذية.

التظاهرات السريرية: مشابه لـ TB.

العلاج: لا علاج بدون دليل على التطور، غالباً ما توجد مقاومة متعددة لأدوية السل التقليدية، لكن الأدوية الحديثة كالمكروليدات والكينولونات، والريفامبتين فعالة عندما تعطى معاً.

□ الاختبار الجلدي للسل (اختبار مانتوكس):

يجرى بواسطة الحقن ضمن الأدمة لـ ٠.١ مل من السلين PPD (المشتق البروتيني النقي) الذي يحوي خمس وحدات (TU) (وحدات سلين).

يتم بعد ٤٨-٧٢ ساعة فحص مقدار التصلب:

إرشادات التقصي وتدير المخالطين (راجع الوجيه في صحة المجتمع).

الجدول (١٣): تصنيف تفاعل السلين.		
العلاج	- المجموعا - ت التي يفترض أن يكون الخمج متوضعا - بها حسب الصلابة المشخصة	- صلابة - الجسوء
العلاج حتى ١٢ أسبوعاً بعد التعرض الأخير ومن ثم إعادة الاختبار الجليدي.	- المراهقون - والأطفال الذين هم على تماس وثيق.	٥ ملم
معالجة كل الأعمار لمدة ٦-١٢ شهر.	- الذين هم - على تماس وثيق.	٥ ملم
معالجة كل الأعمار لمدة ١٢ شهراً.	- إيجابي - الـ HIV أو حالة الـ HIV غير معروفة ولكن مع وجود خطورة للإصابة بالـ HIV.	
معالجة كل الأعمار لمدة ١٢ شهر (إذا لم يعالج سابقاً من أجل TB الفعال) أو ٤ أشهر بالنظام العلاجي متعدد الأدوية.	- تليف - الفص العلوي.	
معالجة كل الأعمار لمدة ١٢ شهر (إذا لم يعالج سابقاً من أجل TB الفعال) أو ٤ أشهر بالنظام العلاجي متعدد الأدوية.	- داء السحار - السيليسي.	١٠ ملم
المعالجة إذا كان العمر > ٣٥ لمدة ٦-١٢ شهر.	المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني، نسبة حدوث عالية للمرض أو وجود خطورة عالية للآخرين (من مناطق مستوطنة، المقيمون في دور الرعاية	

	طويلة الأمد) أو موظفو الرعاية الصحية، أو المدارس، أو دور رعاية الطفل.	
• مع عوامل	• خطيرة: مدمنو المخدرات الوريدية، إيجابيو الـ HIV، تماس وثيق حديث، انقلاب حديث للاختبار الجلدي، صورة صدر غير طبيعية.	•
• معالجة كل الأعمار لمدة ٦-١٢ شهر.	• حالات طبية ذات خطورة مرتفعة للإصابة بالمرض إذا ما أصيبت بالخمج.	•
• علاج كل الأعمار لمدة ٦-١٢ شهر.	• (استنصا ل المعدة، سوء التغذية، القصور الكلوي المزمن، السكري، الستيرويدات بجرعة عالية أو مثبطات المناعة الأخرى، الخباثات).	•
• المعالجة إذا كان العمر > ٣٥ لمدة ٦-١٢ شهر.	• خطورة منخفضة.	• ١٥ ملم

□ انقلاب الاختبار الجلدي للسسل:

تغير في الاختبار الجلدي للسسل خلال سنتين من < ١٠ ملم إلى > ١٠ ملم أو الزيادة بمقدار ٦ ملم عن الاختبار الجلدي السابق.

□ ظاهرة التعزيز (Booster phenomenon):

قد يحدث لدى المرضى المخموجين بالـ TB لسنوات عديدة سابقاً تفاعل جلدي خفيف.

الأشخاص الذين تم اختبارهم منذ عدة سنوات قد لا يستجيبون إطلاقاً أو قد

يستجيبون بشكل ضعيف فقط.

إن إجراء اختبار السلين الجلدي مرة ثانية خلال ٣ أسابيع من المرة الأولى قد يعزّز حجم التفاعل عند الأشخاص المخموجين لكن لا يحسس الأشخاص غير المخموجين.

إذا كان اختبار السلين الجلدي الأولي سلبياً فيتم إجراء الاختبار مرة ثانية، فإذا كان الاختبار الثاني سلبياً أيضاً فإن الشخص لم يُجمّع سابقاً بالسل، أما إذا كان الاختبار الثاني إيجابياً فإن الشخص يكون قد أصيب بالسل سابقاً.