

I. العلامات النوعية بالفحص السريري:

- علامة بلومبرغ Blumberg (الإيلام المرتد)، تطبيق ضغط ثابت على البطن ثم التحرير المفاجئ مما يسبب إيلاماً شديداً (التخريش الصفاقي).
- علامة كورفوآزيه Courvoisier: المرارة المجسوسة غير المؤلمة مع اليرقان (الخبثانة البنكرياسية أو الصفراوية).
- علامة كولن Cullen: تلون أزرق أرجواني حول السرة (النزف الصفاقي).
- علامة غراي تورنر Grey Turner: تلون الخاصرة (النزف خلف الصفاق).
- علامة العضلة القطنية الحرقفية Iliopsoas: عطف فخذ المريض على الورك مع المقاومة (والركبتان مبسوطتان) يؤدي لحدوث ألم بطني ناجم عن تخريش العضلة القطنية الحرقفية ويدل على التهاب الزائدة (الزائدة خلف الأعور).
- علامة مورفي Murphy: توقف الشهيق عند الجس العميق للربع العلوي الأيمن (التهاب المرارة).
- إيلام نقطة ماك بورني McBurney: ثلث المسافة من الشوك الحرقفي العلوي الأمامي إلى السرة، تشير إلى التخريش الصفاقي الموضعي (التهاب الزائدة).
- علامة السادة Obturator: عطف ثم دوران خارجي أو داخلي حول الورك الأيمن مما يسبب حدوث الألم (التهاب الزائدة الحوضي).
- الإيلام بالقرع Percussion Tenderness: بديل جيد غالباً للإيلام المرتد.
- علامة روفسينغ Rovsing: جس البطن الأيسر مع الضغط مما يسبب إيلاماً في نقطة بورني في الربع السفلي الأيمن (التهاب الزائدة).
- الإيلام الارتجاجي Shake Tenderness: التخريش الصفاقي (اضرب جانب السرير عند الاشتباه بالتمارض).

II. التقييم:

١. القصة:

□ الألم:

مكان الألم:

انظر الجدول (١).

كذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار اضطرابات جدار البطن (مثل الورم الدموي والهريس البسيط).

الألم الرجيع Referred:

المغص الصفراوي: الكتف الأيمن.

المغص الكلوي: إلى المغبن Groin (الأربية).

التهاب الزائدة: من الشرسوف إلى الربع السفلي الأيمن.

التهاب البنكرياس: إلى الظهر.

تمزق أم الدم الأبهريّة: إلى الظهر أو الخاصرة.

القرحة المنتقبة: إلى الربع السفلي الأيمن، (الميزابة Gutter جانب الكولون الأيمن).

الأعراض المرافقة:

أعراض عامة: الحمى، النوافض، فقد الوزن، اليرقان.

أعراض معدية معوية: نقص الشهية، الغثيان، الإقياء، الإسهال، الإمساك، الإمساك المعند، التغوط الأسود، التغوط الدموي.

أعراض بولية: عسر التبول، البيلة الدموية، التواتر البولي.

أعراض نسائية: اليوم الأول من الدورة الطمثية الأخيرة، المفرزات المهبلية، مرض سابق منقول بالجنس، استعمال اللولب IUD.

الجدول ١ : مكان الألم.	
الربع العلوي الأيمن:	الربع العلوي الأيسر:
- المرارة/ السبيل الصفراوي. - التهاب الكبد، خراج الكبد. - القرحة الهضمية. - التهاب البنكرياس. - احتشاء العضلة القلبية. - ذات الرئة/ التهاب الجنب. - الدبيلة، التهاب التامور	- التهاب البنكرياس. - تمزق الطحال، احتشاء الطحال. - أم الدم الطحالية. - التهاب المعدة. - احتشاء العضلة القلبية. - ذات الرئة. - الدبيلة Empyema.
الربع السفلي الأيمن:	الربع السفلي الأيسر:
- التهاب الزائدة. - انسداد الأمعاء. - التهاب الرتوج. - انتقاب القرحة. - الحمل الهاجر. - كيسة المبيض أو انفثالها. - التهاب البوق. - الحصيات الحالبية. - الانتباز البطاني الرحمي. - التهاب الأعور.	- أم الدم المتمزقة. - انسداد الأمعاء. - التهاب الرتوج. - خراج البسواس. - الحمل الهاجر. - كيسة المبيض أو انفثالها. - التهاب البوق. - الحصيات الحالبية. - الانتباز البطاني الرحمي.

٢. الفحص السريري وإجراءات التشخيص:

خطوات الفحص السريري:

١. المراقبة العامة: وضعية المريض (مثلاً الاستلقاء هادئاً أو متلويحاً Writhing).

٢. العلامات الحيوية: تبدلات الـوضع، الحمى.

٣. حالة الإمـاهة.

٤. الفحص القلبي الوعائي / التنفسي.

٥. فحص البطن:

التأمل: التمدد، الندبات، الحركات الحوية المرئية.

الإصغاء: الأصوات المعوية غائبة أو ناقصة أو طبيعية أو مزداة.

القرع: أصوات مفرطة الطبلية في انسداد الأمعاء. الإيلام عند القرع مؤشر على التهاب الصفاق.

الـجس: الإيلام، الكتل البطنية.

٦. إيلام الزاوية الصلعية الفقرية CVA.

٧. العلامات النوعية.

٨. الفتوق، الأعضاء التناسلية عند الذكور.

٩. الفحص الحوضي / المستقيمي.

□ الفحوص المخبرية:

تعداد الدم الكامل مع الصيغة.

الكهارل، BUN، الكرياتينين.

مستويات الأميلاز.

اختبارات الوظيفة الكبدية.

تحليل البول.

فحص البراز بحثاً عن الدم الخفي.

فحوص أخرى إذا كانت مستطبة، ECG، hCG، غازات الدم الشريانية (ABG)، إجراءات

التشخيص الإنتانية، اللاكتات (إفقر الأمعاء).

□ الفحوص الشعاعية:

صورة البطن بالوضعيات الثلاثة.

صورة الصدر الشعاعية.

إجراءات أخرى في حالة وجود استطباب:

فائق الصوت، CT، التنظير الداخلي، تصوير الحويضة الظليل، غسيل الصفاق، تنظير البطن.

□ استطبابات الجراحة الإسعافية:

الموجودات السريرية:

التهاب الصفاق.

الإيلام الموضع الشديد أو المتزايد.

التمدد المترقي.

الكتلة المؤلمة مع الحمى أو هبوط ضغط الدم (الخارج).

إنتان الدم والموجودات البطنية.

النزف والموجودات البطنية.
الاشتباه بإقفار الأمعاء (الحماض، الحمى، تسرع القلب).
تدهور الحالة بالمعالجة المحافظة.

الموجودات الشعاعية:

الهواء الحر.
تمدد الأمعاء الشديد (الكولون أكثر من ١٢ سم).
آفة شاغلة للحيز مع الحمى.

الموجودات بالتنظير الداخلي:

الانتقاب.

النزف غير المسيطر عليه.

بزل البطن Paracentesis:

الدم، القيح، الصفراء، البراز، البول.

٣. مقارنة المريض الجراحي العليل بشدة:

ABC, I'm FINE.

ABC. راجع قسم الطب الإسعافي.

I. IV. خيطان ورديان واسعا للমেعة Large bore مع النورمال سالين، يفتحان بشكل واسع.

M. Monitors. مراقبة إشباع الأكسجين و ECG وضغط الدم.

F. Foley. قنطرة فولي لقياس الصادر البولي.

I. Investigation: انظر سابقاً.

N. مع أو دون أنبوب أنفي معدي.

E. Exrays. الصور الشعاعية.

٤. طبقات جدار البطن:

الجلد. ☐

اللفافة السطحية: ☐

لفافة كامبر Camper ← العضلة السليخة Dartos.

لفافة سكاربا Scarpa ← لفاة كوليس Colles.

الشكل (١): الشقوق الجراحية البطنية.

الشقوق الجراحية:

كوشر Kocher (تحت الحافة الضلعية): للوصول إلى محتويات الربع العلوي الأيمن أو الربع العلوي الأيسر (المرارة — الطحال).

الشق الناصف العلوي: للوصول إلى المعدة والعفج والمرارة والكبد والكولون المعترض.

الشق جانب الناصف Paramedian: يمكن إجراء شق مماثل في كل ربع من أجل الوصول إلى محتويات كل ربع من أرباع البطن.

الشق جانب الناصف الوحشي Lateral Paramedian: شق يجري عند الثلث الخارجي — الثلثين الأنسيين لحافة العضلة المستقيمة، وهو تعديل للشق جانب الخط المتوسط لكن مع خطر أقل للتفزز أو الفتق البطني.

شق روثر فورد — موريسون Rutherford – Morrison: للوصول إلى القسم السفلي من الحالب والكولون والشرابين الحرقفية.

الشق الناصف السفلي: للوصول إلى الأعضاء الحوضية.

شق فانشتايل Pfannenstiel: شق فوق العانة للوصول إلى الجوف الحوضي.

Grid-Iron: شق يجري في نقطة ماك بورني للوصول إلى الزائدة.

□ العضلات:

المنحرفة الظاهرة ← الرباط الإربي، اللقافة الظاهرة للحبل المنوي، اللقافة العريضة Fascia Lata.

المنحرفة الباطنة ← العضلة المشمرية.

المستعرضة البطنية ← الجدار الإربي الخلفي.

□ اللقافة المستعرضة ← اللقافة الباطنة للحبل المنوي.

□ الصفاق ← الغلالة الغمدية.

□ على الخط المتوسط:

العضلة البطنية المستقيمة: في غمد المستقيمة، يقسم بواسطة الخط الأبيض.

فوق الخط الهاللي لدوغلاس (منتصف المسافة بين ارتفاع العانة والسرة):

غمد المستقيمة الأمامي = سفاق العضلة المنحرفة الظاهرة والوريقة الأمامية من سفاق العضلة المنحرفة الباطنة.

غمد المستقيمة الخلفية = الوريقة الخلفية من سفاق المنحرفة الباطنة والمستعرضة.

تحت الخط الهلالي لدوغلاس.

غمد المستقيمة الأمامية = سفاق العضلات المنحرفة الظاهرة والباطنة والمستعرضة.

□ الشرايين: الشرسوفي العلوي (فرع من الصدري الباطن)، الشرسوفي السفلي (فرع من الحرقفي الظاهر)، يتفاغر كلا الشريانين ويتوضعان خلف العضلة المستقيمة.

I. الفتق الحجابي HIATUS HERNIA:

ص ٩ من الأصل E

الشكل ٢ : أنماط الفتق الحجابي

١. الفتق الحجابي المنزلق (النمط I) :

- ☐ انزياح الوصل المعدي المريئي للأعلى داخل الصدر.
- ☐ يشكل ٩٠% من فتوق المري.
- ☐ يترافق مع التقدم بالعمر وضعف البنية العضلية اللفافية وزيادة الضغط داخل البطن (مثل السمنة، الحمل).

☐ التظاهرات السريرية:

- حرقة الفؤاد Heartburn بعد الوجبات وفي الليل.
- زوال الأعراض بالجلوس والوقوف وشرب الماء ومضادات الحموضة.
- قلس محتويات المعدة (غالباً حمضية) إلى المري.
- الاختلاطات: التهاب المري، ضيق الدم المعدي المعوي الخفي المزمن مع فقر الدم، التقرح، عسر البلع بسبب تضيق المري السفلي، مري باريت، الكارسينوما الغدية، ذات الرئة (الاستنشاق).
- ☐ التشخيص التفريقي: التهاب الارتوج، التحصي الصفراوي، القرحة الهضمية، تعذر الارتخاء Achalasia، احتشاء العضلة القلبية، الخناق.

☐ الاستقصاءات:

تنظير المعدة مع الخزعة ← يبين نمط وامتداد الأذية النسيجية وينفي مري باريت والسرطان.
مراقبة PH المري لمدة ٢٤ ساعة ← تستخدم غالباً إذا كانت التظاهرات لانموزجية، وهي تعطي معلومات حول تواتر ومدة الجزر الحمضي وعلاقته مع الأعراض والعلامات.
قياس الضغط المريئي ← يكشف انخفاض ضغط المصرة المريئية السفلية وقد يشخص اضطرابات الحركية Motility.

التصوير الهضمي العلوي المتسلسل أو اللقمة الباريومية.
صورة الصدر الشعاعية: ظل كروي مع مستوى هوائي سائل فوق ظل القلب، ظل مرئي في المنصف الخلفي بالصورة الشعاعية الجانبية.

□ المعالجة:

المحافظة:

- إيقاف التدخين.
- إنقاص الوزن.
- رفع رأس السرير.
- عدم تناول الوجبات الليلية.
- وجبات متكررة وصغيرة.
- تجنب الكحول والقهوة والشحوم.

الطبية:

مضادات الحموضة.
مناهضات H2 (مثل السيميتيدين والرانيتيدين).
مثبطات مضخة البروتون مثل الأوميبرازول (Losec) لمدة ٨-١٢ أسبوعاً من أجل التهاب المري.
قد تلعب الأدوية الحركية المساعدة دوراً مثل السيزابريد حيث تزيد الضغط في المري السفلي وتعزز إفراغ المعدة.

الجراحية (أقل من ١٠%):

تنشئة القاع Fundoplication لنيسن Nissen (تطويق الفؤاد) أو تنظير البطن لنيسن حيث يتم في هذه العملية لف قاع المعدة حول معصرة المري السفلية.
معدل النجاح ٩٠%.

استطبابات الجراحة:

اختلاطات الفتق المنزلق أو الجزر المعدي المريئي (خاصة التضيق والتقرح الشديد والتليف).
الأعراض المعقدة على المعالجة المحافظة والمعالجة الطبية.
القصور الميكانيكي الكامل للمعصرة السفلية المريئية.

٢. الفتق الحجابي جانب المريئي (النمط II) :

□ لا ينزاح الوصل المعدي المريئي عن مكانه لكن قاع المعدة ينفثق إلى الصدر (كذلك يمكن أن ينفثق مع قاع المعدة الطحال والعري المعوية).

□ ١٠% من فتوق المري.

□ التظاهرات السريرية:

لا عرضي.

حرقة الفؤاد / الجزر غير شائعين.

الإحساس بالضغط في القسم السفلي من الصدر، عسر البلع.

□ الاختلاطات:

النزف.

الانحباس Incarceration، الانسداد، الاختناق Strangulation.

الحقان نادراً.

□ المعالجة:

الجراحة في كل الحالات تقريباً لمنع الاختلاطات.

الإجراء الجراحي: إرجاع الفتق، الخياطة مع غمد العضلة المستقيمة الخلفية (تثبيت المعدة

Gastropexy)، إغلاق العيب في الحجاب.

النتائج ممتازة.

٣. الفتق الحجابي المختلط (النمط III) :

□ اشتراك النمطين I و II.

II. الآفات البنيوية: (راجع قسم الأمراض المعدية المعوية).

III. اضطرابات الحركية: (راجع قسم الأمراض المعدية المعوية).

IV. الاضطرابات الأخرى:

دوالي المري (راجع قسم الكبد).

تمزق مالوري وايس (راجع قسم الأمراض المعدية المعوية).

٧. انشقاب المري:

□ السبب: المري عرضة لخطر التمزق بسبب افتقاده للطبقة المصلية Serosa.

أسباب متعلقة بالأدوات: التنظير الداخلي، التوسيع، الخزعة، التنبيب، وضع الأنبوب الأنفي المعدي.

أسباب عفوية (متلازمة بوير هاف Boerhaave) ناجمة عن الإقياء المتكرر والشديد. شائعة عند

الكحوليين والمرضى المصابين بالتهام Bulimia.

الرض.

الأذية بالكوابات.

الكارسينوما.

- **التظاهرات السريرية:** ألم العنق أو الصدر أو أعلى البطن، الزلة التنفسية، النفخ تحت الجلد، استرواح الصدر، الحمى.
- **التشخيص التفريقي:** احتشاء العضلة القلبية، أم الدم الأبهرية المسلخة، الصمة الرئوية.
- **التشخيص:**
- صورة الصدر الشعاعية التي تظهر استرواح الصدر واسترواح المنصف والانصباب الجنبى والهواء تحت الحجاب.
- دراسة البلع بواسطة مادة ظليلة ذوابة بالماء (Hypaque).
- **المعالجة:** عدم إعطاء أي شيء عن طريق الفم، الإنعاش بالسوائل، المضادات الحيوية الوريدية، الإصلاح الجراحي الباكر (خلال أقل من ٢٤ ساعة لمنع الخمج وفشل الإصلاح اللاحق).

VI. كارسينوما المري:

- **الوبائيات:**
- ١% من كل الآفات الخبيثة.
- الذكور/ الإناث = ٣/ ١.
- سن الحدوث ٦٠-٥٠ سنة.
- زيادة نسبة الحدوث عند السود خاصة الكارسينوما شائكة الخلايا.
- **عوامل الخطورة:**
- العوامل الفيزيائية:** الكحول، التبغ، النيتروزامينات، القلي Lye، الإشعاع.
- العوامل البنيوية:** الارتجاع، الفتق الحجابي، تعذر الارتخاء.
- ظاهرة باريت (٨٠-١٠%) خطر حدوث الكارسينوما الغدية، تتم المراقبة كل ١-٢ سنة بواسطة التنظير الداخلي والخزعة).
- عوز الحديد المزمن (متلازمة بلومر – فنسون).
- **التشريح المرضي:**
- في القسم العلوي ٢٠-٣٣%، في المتوسط ٣٣%، في السفلي ٣٣-٥٠%.
- كارسينوما شائكة الخلايا: ٨٠-٨٥% (المري المتوسط).
- الكارسينوما الغدية: ٥-١٠% لكن نسبتها في ارتفاع في الولايات المتحدة.
- في نسبة تصل إلى ٤٠-٥٠% (المري السفلي) تترافق مع مري باريت.
- **التظاهرات السريرية:**
- كثيراً ما تكون لاعرضية – تظاهر متأخر.
- عسر البلع غالباً وتكون للمواد الصلبة في البداية ثم للسوائل.
- فقد الوزن، الضعف.
- القلس والاستنشاق (ذات الرئة الاستنشاقية).

القيء الدموي، فقر الدم.

البلع المؤلم ثم الألم الثابت.

الناسور الرغامي المريئي والناسور القصبي المريئي.

شلل الحبل الصوتي.

ينتشر مباشرة أو عن طريق الدم والأوعية اللمفية – الرغامي (السعال)، العصب الحنجري الراجع (بحة الصوت)، الأبهري، الكبد، الرئة، العظام، العقد البطنية Celiac والمنصفية.

□ التشخيص والاستقصاءات:

اللزمة الباريومية أولاً: تضيق مكان الآفة (آفة على شكل الرف أو آفة حلقيّة).

تنظير المري: الخزعة من أجل التشخيص النسيجي ومعرفة امتداد الورم.

تنظير القصبات: في حالة آفات المري العلوية والمتوسطة بسبب نسبة الانتشار العالية للشجرة الرغامية القصبية.

تفريسة CT لتحديد مرحلة الورم وكشف الانتقالات إلى الكظر والكبد والعظام والرئة.

□ المعالجة:

١. الجراحة:

الثلاث السفلي:

استئصال المري الصدري ورأب البواب Pyloroplasty (أو بضع عضلة البواب Pyloromyotomy)

واستئصال العقد اللمفية البطنية.

إعادة بناء استمرارية الجهاز الهضمي إما بالمعدة أو بالكولون.

الثلاث المتوسط أو العلوي:

استئصال المري الذي يمتد إلى المري الرقبى.

المفاغرة المجراة عبر شق منفصل في العنق.

فحص الحواف بواسطة المقطع المجمد أثناء الجراحة.

مضادات الاستطباب: غزو الشجرة الرغامية القصبية أو الأوعية الكبيرة، الآفة الأكبر من ١٠ سم.

الإشعاع:

إذا كانت الآفة غير قابلة للاستئصال، وهي معالجة ملطفة (التخلص من عسر البلع عند ثلثي المرضى،

بشكل عابر عادة).

المعالجة الكيماوية:

لوحدها أو إعطاؤها قبل وبعد العمل الجراحي.

المعالجة المتعددة – إشراك المعالجة الكيماوية مع الجراحية والشعاعية.

ملطفة أو شافية، معدلات البقاء أعلى مقارنة مع الجراحة لوحدها.

المعالجة الملطفة:

الاستئصال، المجازة، التوسيع ووضع دعامة Stent، الاستئصال بالليزر.

٢. الإنذار:

نسبة الوفيات أثناء العمل الجراحي ٨-٥ %.

نسبة البقاء لـ ٥ سنوات تصل إلى ١٢ % (المرحلة I) بعد العمل الجراحي.

الإنذار أفضل قليلاً إذا كانت الكارسينوما من النوع شائع الخلايا.