

مناهج عربية

arabeducationsite.com

محاضرة أعراض وعلامات

الدكتور:أنس محمود زكية
اخصائي بالامراض الداخلية العامة
اخصائي بالامراض الداخلية الهضمية

النزف الهضمي

الالم البطني

النزف الهضمي

التعريف:

هو حدوث نزف عن طريق الانبوب الهضمي وخروجه عن طريق الفم او الشرج .

ألية حدوثة: غالبا تخريش لوعاء تحت المخاطية اما شرياني (قرحة هضمية) واما وريدي(دوالي مري).
نادرا نزف شعري دموي في المخاطية(التهاب معدة نزفي دوائي).

عقابيل النزف الهضمي: يؤدي الى فقر دم مزمن في حال كان النزف بطيئاوخفيفا وهذا النزف قد يكون مؤشر علىالقرحة او الدوالي او السرطانات

نقص حجم ووهط دوراني(انخفاض شديد في الضغط) وذلك اذا كان النزف صاعقا ويجب تعويض الدم بشكل فوري.

النزف الهضمي و فقر الدم

النزف الهضمي البطيئ غالبا غير مجسوس فيتم تشخيصة عن طريق فقر الدم

فاذا لم يكن سبب فقر الدم غذائيا فالسبب هو نزفي.

ونزوف الجهاز الهضمي هي الاكثر شيوعا ولكن يجب الانتباه في حال كان المريض انثى نسأل عن الطمث

فاذا كان شديدا او متطاولا او متقاربا فغالبا هو سبب فقر الدم والسبب الهضمي هو السبب الثاني

فيما عند الرجال فاول سبب هو النزف الهضمي .

والسبب الهضمي يكون اما ظاهرا او خفيا

اولا:النزف الهضمي الظاهر

وهو النزف الذي يمكن الكشف عنه بالنظر
ويتظاهر اما بشكل اقياء دموي احمر صريح او مهضوم بلون وشكل طحل القهوة او تغوط زفتي او تغوط دموي

الاقياء الدموي HEMATEMESIS:

التعريف: هو قذف كمية مختلفة من الدم الاحمر او الاسود مع البقايا الطعامية عن طريق الفم اثناء الاقياء
يدل عادة على نزف هضمي علوي فوق رباط ترايتز
يخرج قسم من الدم المتبقي خلال ساعات من الشرج بشكل دم مهضوم (تغوط براز زفتي)

أسباب الاقياء الدموي:

قرحة هضمية (عفجية ومعدية)
دوالي المري
اورام معدية
التهابات حادة نازفة في المعدة

التشخيص التفريقي:
يجب تفريق الاقياء الدموي عن كل من :
نفث الدم HEMOPTYSIS–اللعاب المدمى-الرعاف

نفث الدم:نزف دموي احمر رغوي مزبد(مع فقاعات هوائية) ويخرج مع القشع بعد السعال ناتج عن سبب رئوي سرطان رئة او سل مثلا
اما الاقياء فيخرج مع الطعام
ولكن قد يخطئ الطبيب هنا حيث ان نفث الدم والقشع قد يحفز منعكس الاقياء فيختلط القيء مع القشع ويصبح اللون احمر

اللعاب المدمىHEMOSIALEMESIS:لعاب مدمى ياتي من اللثة او البلعوم عادة تالي لامراض دموية مختلفة كاضطراب عوامل التخثر

الرعافEPISTAOIS: الرعاف الخارج من الانف من السهل تمييزه ومعرفة سببه انفي ولكن المشكلة تكمن بالرعاف من الجزء الخلفي من الانف او من البلعوم الخلفي حيث يبلع الدم فاذا تم اقياؤه يختلط التشخيص بين الرعاف والاقياء الدموي.
ويتم التفريق بين هذه الحالات من خلال استجواب المريض لمعرفة ميزات القيء المدمى (مزبد-يوجد نزوف لثويةعادة-رعاف متكرر ....الخ) .

الاستجواب

نسال هل لدى المريض قصة تناذر قرحي (يتنظاهر بالام معينة)
هل لديه اصابة بالتهاب كبد سابقة ادت الى تشمع كبد؟هل هو كحولي؟حيث ان الاصابات الكبدية تؤدي لدوالي مريء
هل يتناول ادوية تسبب القرحات ؟كمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية كالاسبرين والديكلوفيناك والبروفين الخ
نسال عن نقص الوزن والشهية حيث قد تشير للاورام

الفحص السريري

١-يجب ان نرى انعكاس النزف على الحالة العامة(في حال كان النبض متسرع مع تعرق والحالة العامة سيئة..اذا هناك وهط دوراني والنزف صاعق.

٢-شدة النزف:وهنا لايجب ابد الاعتماد على كمية الدم او انطباع المريض:
اذ انه من الممكن ان يتقيا المريض كمية قليلة من الدم ويكون لديه نزف صاعق، والعكس صحيح اذ قد تكون المعدة ممتلئة بالسوائل مع نزف القليل من الدم فيكون الاقياء بكمية كبيرة .
فعليك بتقيمك تقدير شدة الحالة المرضية والقيام بالاجراءات الفورية المناسبة .

٣-هل هناك شك بوجود التهاب بنكرياس حاد؟
قد ياتيك مريض يمشي بشكل طبيعي تشخص لديه التهاب بنكرياس حاد.....فتقوم باجراء فحوصات معينة لقياس درجة التهاب البنكرياس،فهناك احتمال ان يبكون الالتهاب حادا والمريض على شفا حفرة من الانهيار الكامل فيتوجب عليك احالته مباشرة الى العناية المشددة.
٤-علامات تشمع الكبد(اظافر بيضاء-راحة يد حمراء-حبن-يرقان-دوران جانبي-عنكبوت وعائي).

٥-فحص سريري كامل والبحث بالمس الشرجي عن براز زفتي.
٦-هل هناك علامات ورم انتقالي مثلا؟؟

الفحوص المتممة

بعد استقرار المريض نقوم باجراء تنظير هضمي علوي
ونذكر ان التنظير اصبح وسيلة تشخيصية علاجية:
-في حال الدوالي يمكن ان نربطها او نصلبها
-اما القرحة فنحقنها بمواد تقبض الاوعية وتقلل النزف كالادرينالين

التشخيص السببي

-القرحة المعدية او العفجية : قد يوجد قصة تناذر قرحي او استخدام ادوية مقرحة ويتم اجراء تنظير هضمي علوي

-تمزق دوالي المري: تناذر فرط توتر وريد الباب _غالبا سوابق نقل دم-كحولي مزمن نلجا للتنظير الهضمي العلوي

-اسباب اخرى:

- اورام معدية خبيثة(تظهر فجاة بعلامات سوء الحالة العامة مع نقص شهية)
- التهاب معدة نزفي.

التغوط الزفتي melena

التعريف:
خروج براز من الشرج اسود ذي قوام طري يتكون من دم مهضوم
غالبا يدل على اصابة هضمية علوية
هل يمكن للبراز الاسود ان يدل على اذية سفلية ؟؟
نعم يمكن ان يدل على اصابة كولونية (سفلية) شرط ان يترافق مع بطء مرور (امساك)
وسبب اللون الاسود هو عوامل مختلفة كالاختلاط مع العصارات الهاضمة
اذا البراز الاسود يدل في ٩٠% من الحالات على اصابة علوية(دوالي مري-قرحات-اورام معدة –التهابات معدة)
وفي ١٠%من الحالات اصابة كولونية على شرط ان يترافق مع بطء مرور
ملاحظات:
النزوف الهضمية السفلية تعطي :براز احمر غالبا - براز اسود عندما يكون هناك بطء مرور
وبالتالي:
نزف هضمي سفلي مع بطء مرور يعطي براز اسود
نزف هضمي علوي مع سرعة مرور يعطي براز احمر

التشخيص التفريقي

البراز الاسود الناتج عن الادوية:وهنا تبرز اهمية استجواب المريض والسوابق الدوائية .
مثل الحديد لمعالجة فقر الدم
الكربون لمعالجة النفخة
البزموت لمعالجة القرحات الهضمية
بعض الاطعمة مثل الشوندر والسبانخ والملوخية وتعطي للبراز لونا اسود مؤقت
كيف تفرق بين الحالتين دم - عوامل اخرى ؟؟؟
البراز الزفتي الناتج عن النزف الهضمي العلوي يكون غامقا اكثر وعند تمديد البراز بالماء يميل اللون للاحمر الغامق بينما في البراز الزفتي الناجم عن عن الادوية والاطعمة يبقى اسودا .
عن طريق فحص البراز : تحري الدم الخفي بالبراز حيث يكون ايجابيا بالنزف .

الاستجواب:

سوابق قرحية.
هل يتناول ادوية مقرحة.
اصابة كبدية ادت الى تشمع كبد ثم دوالي مري او قبة معدة
شكوى هضمية سفلية (امساك مثلا) .
ادوية:حديد لعلاج فقر الدم –كربون لعلاج النفخة-بزموت ، كلها تنتج براز اسود اوتنول اطعمة معينة
نقص وزن او شهية (اورام) .
ارتفاع حرارة ،حيث ان البراز الزفتي مع ارتفاع حرارة يجب ان نفكر مباشرة بالحمى التيفية .

الفحص السريري:

فحص سريري كامل (مشابه لحالة الاقياء الدموي) مع مس شرجي لمعرفة وجود براز زفتي او لا .

الفحوص المتممة :

بناء على انطباع الطبيب
اذا كانت كل الامور متجهة نحو الاصابة الهضمية العلوية فنلجا لتنظير هضمي علوي
واذا لم نر شيئا نقوم بالتنظير السفلي.
ملاحظة :لانقوم بالتنظير السفلي قبل التاكد من سلامة السبيل الهضمي العلوي(أي العلامات تشير بشكل مؤكد الى اصابة الكولون) وذلك بسبب :
التنظير العلوي يستغرق دقيقة الى دقيقتين مقابل ٢٠ دقيقة للسفلي
التنظير السفلي يحتاج افراغ مسبق للكولون من الفضلات
حاجة التنظير السفلي للتخدير بينما العلوي يمكن اجراؤه بدون تخدير

قد يكون لدينا براز زفتي وتاكدنا بانه دم خفي بالبرازمع تنظير هضمي علوي وسفلي طبيعي فالاصابة محتملة بالامعاء الدقيقة ونقوم بالتالي:
نستخدم الكبسولة (كبسولة كريسبي) وذلك لتصوير الامعاء وتحديد مكان النزف.
في حال وجود نزف نقوم باجراء تنظير للامعاء الدقيقة بمنظار خاص(علاجي) بهدف علاج هذه الحالة(قرحة-نزوف-ورم...الخ)
اذا تبين وجود نزف ولكنه غير قابل للعلاج بالتنظير نقوم بارسال المريض الى جراح هضمية ليقوم بعلاج الجزء النازف (استصال- فك التصاقات بريتوانية...) .

ملاحظة: الكبسولة لاتغني عن التنظير العلوي فحركة الكبسولة لاتسمح برؤية كامل جوف المعدة بينما هي قادرة على التقاط المشكلة المعوية (حيث لا يهمنا في الامعاء مكان الاذية بدقة كاملة نظرا لطولها) .

في حال التنظير الهضمي العلوي او السفلي او تنظير الامعاء الدقيقة طبيعية وكان لدينا براز زفتي او دم خفي بالبراز هناك حالات نادرة تسبب نزف خفيف ثم يتوقف ويكون التنظير طبيعيا مثل افة الديولافوي (تخريش شريني صغير اسفل الفؤاد نادرا جدا).

التشخيص السببي

-٩٠% من الحالات نزف هضمي علوي مماثل تماما للاقياء الدموي.
-١٠% من الحالات نزف هضمي سفلي (اورام كولون وخاصة الاعور – اورام الامعاء) على شرط ان تترافق مع بطء مرور.
-لايمكن ان يؤدي ورم بالمستقيم الى براز زفتي.
-عند وجود حمى يجب ان نفكر بالحمى التيفية.

التغوط الدموي hematochezia

التعريف:اخراج دم صريح احمر غير مهضوم من الشرج اما بشكل دم صافي او دم يغطي البراز او مخلوط بالبراز(أي قبل البراز او مع البرازاو بعد البراز).

التشخيص السببي:

يدل غالبا على اذية هضمية سفلية (كولون مستقيم شرج).

ونادرا على اذية علوية صاعقة(عندما يكون النزف غزيرا جدا او نزف عادي مع سرعة مرور).

التشخيص التفريقي:

يجب تفريقه عن النزف البولي او النزف التناسلي عند المراة وخاصة في بداية البلوغ . حيث يختلط هذا الدم مع البراز فيتم الخطا بالتشخيص.

ونتاكد من هذا بالاستجواب .

الاستجواب:

صفات الم :

-الدم المخلوط مع البراز:غالبا من الجزء العلوي من الكولون حيث يتشكل الدم اثناء تشكل البراز في الكولون.

-الد لوحده يتلو البراز(بضع نقاط تغطي البراز) :غالبا اصابة شرج(شق شرجي-بواسير) لان الدم غطى البراز وعند مروره بالشرج أي بعد تشكله بالكولون.

-الام اثناء التغوط النزف الذي يترافق مع الم اما بواسير او شق شرجي.

-هل يشكو المريض من زحير: شعور كاذب للتغوط. وغالبا يكون نتيجة ورم في المستقيم .فالمستقيم لا يفرق بين الورم والبراز (يظنه برازا) فيرسل اشارات الى الدماغ تحرض الشخص على دخول الحمام.

-قدم الحالة: الحالات القديمة لاتدل على السرطان على عكس الحالات الحديثة.

-نقص الوزن ونقص الشهية.

-قصة عائلية.

ملاحظة: ثبت اخيرا انه لا يوجد سرطان كولون غير وراثي ينشا على كولون سليم واما يجب ان ينشا على بوليبات سليمة تحولت الى سرطان .

فالبوليبات: هي عبارة عن كتل خلوية ناتجة عن تكاثر شديد . وهي تكون سليمة وليست خبيثة ولكنها قد تتحول الى سرطان.

الفحوص المتممة:

تنظير هضمي سفلي (تشخيصي وعلاجي).

ملاحظة :

وجود البواسير لاينفي القيام بالتنظير حيث لا يشترط ان تكون هذه البواسير نازفة خصوصا عند كبار السن.

ولذلك في الدول المتقدمة يجب ان يقوم الشخص بمجرد تجاوز سن الخمسين بتنظير كولون لمرة واحدة حتى وان لم يبدي أي اعراض وذلك خشية ان يكون مصابا بالبوليبات والاورام حيث علاجها بالبداية سهل وشافي عادة .

التشخيص السببي

١-الشرج:بواسير-شق شرجي، ويتصف هنا :
يكون الدم مدلوقا على البراز وليس مخلوطا معه.
يترافق مع الم اثناء التغوط
امساك شديد
٢-اورام الكولون والمستقيم:
نزف بدون الم.
مخلوط مع البراز
يترافق مع امساك حديث.
عمر المريض كبير
٣-اسباب اخرى في الكولون او المستقيم:
المرجلات(البوليبات) وهي اورام سليمة معنقة او لاطئة غير معنقة.
التهاب كولون تقرحي (يسبب اسهال مدمى _زحير احيانا).
٤-دوالي علوية:وذلك في حال النزف العلوي الصاعق مع اسهال ويترافق مع اقياء دموي.

النزف الخفي

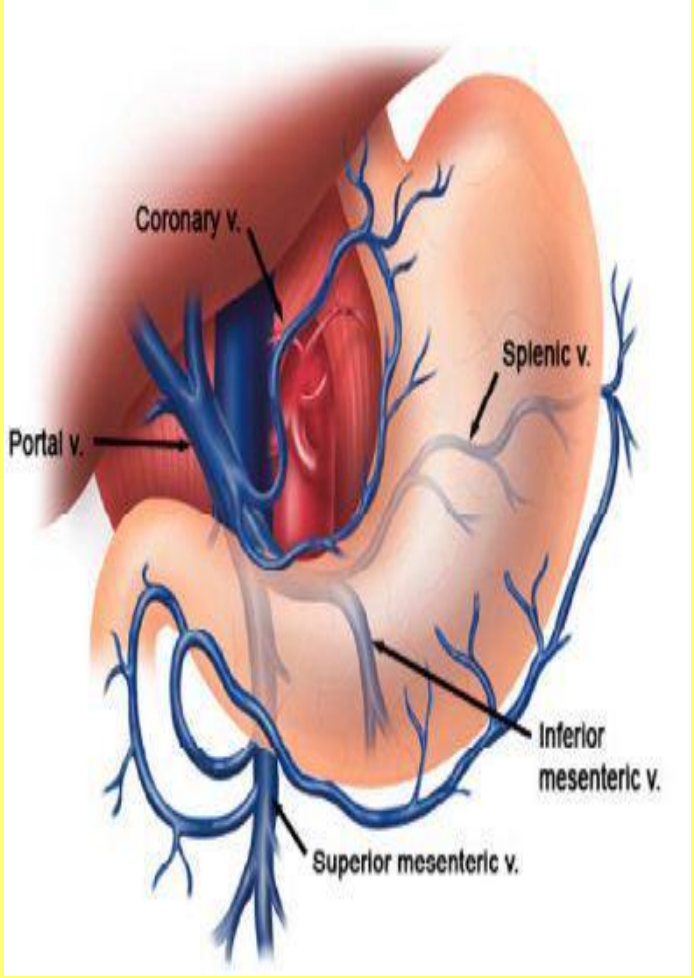
ونلاحظه في حالتين:

نزف هضمي قليل الكمية مزمن:

يترافق بفقر دم مزمن بنقص الحديد.
قد يحدث بالسرطانات(وخاصة المستقيم والاعور)نزف هضمي خفيف قليل الكمية.
لون البراز طبيعي ويجب تحري الدم الخفي بالبراز hemoaccult حيث يكون الهيموغلوبين منحلا لذلك دائما نطلب فحص براز مع تحري الدم الخفي.
اذا كان ايجابيا نطلب تنظير هضمي علوي ثم سفلي ثم تنظير امعاء دقيقة

نزف شديد:

حيث يوشك المريض ان يموت دون ان يتظاهر النزف سريريا(نزف شديد مفاجئ) حيث :
يعاني المريض من صدمة وهبوط وعائي
يتظاهر بفقر دم حاد مع اعراض صدمة .
التشخيص قد نضطر الى تنبيب معدة (قد نلاحظ الدم) ،او حقنة مفرغة (قد نلاحظ براز زفتي او دم)
ويكون العلاج بحقن الادرينالين حول مكان النزف وتعويض الدم .


Coronary v.
Splenic v.
Portal v.
Inferior
mesenteric v.
Superior mesenteric v.

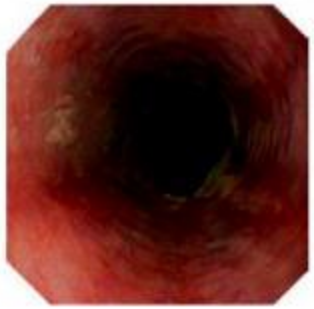




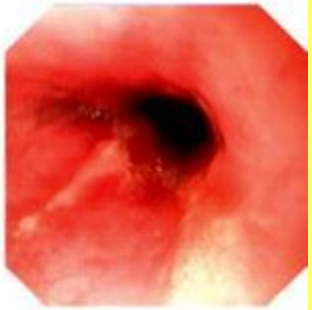
Grade D



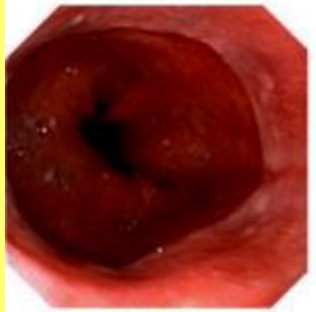
Grade C



Grade B



Grade A





D Esophageal adenocarcinoma with Barrett's esophagus





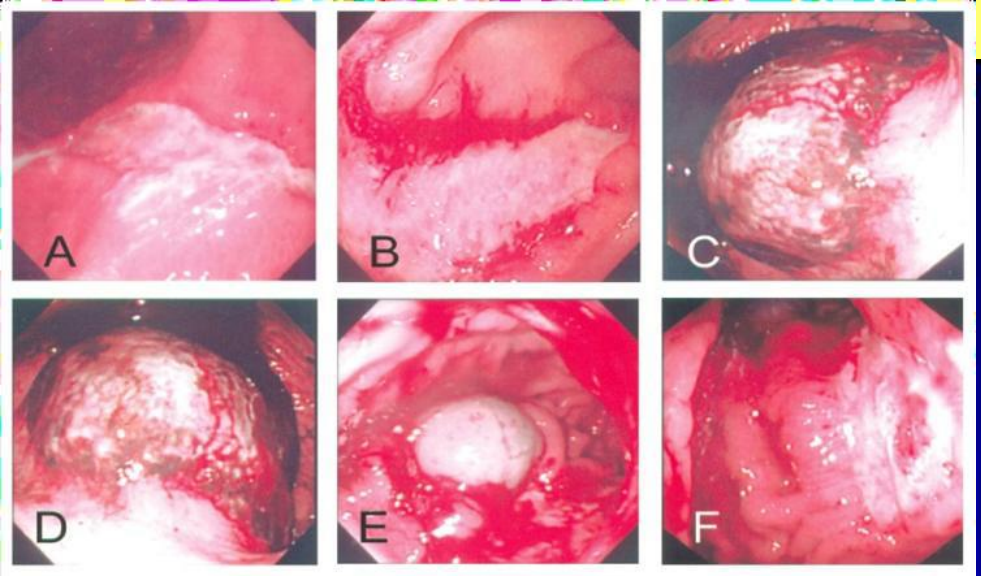
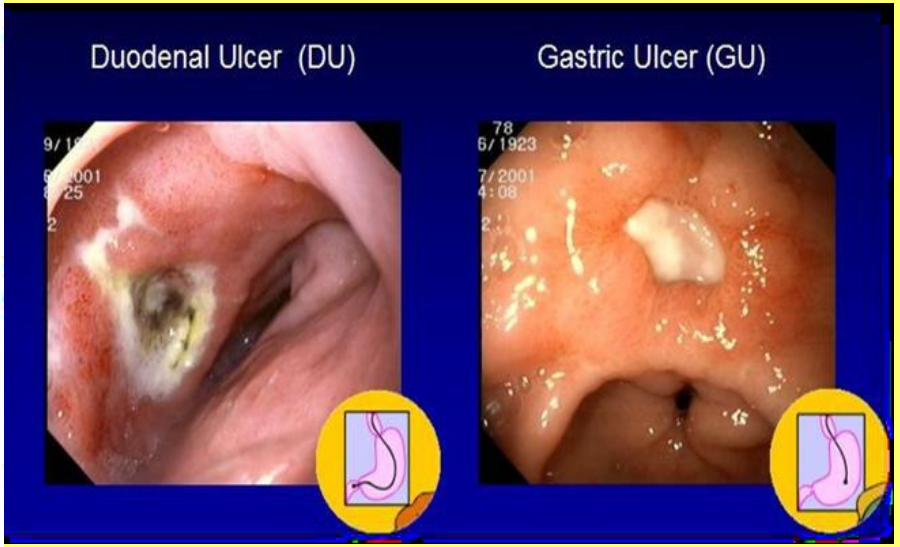
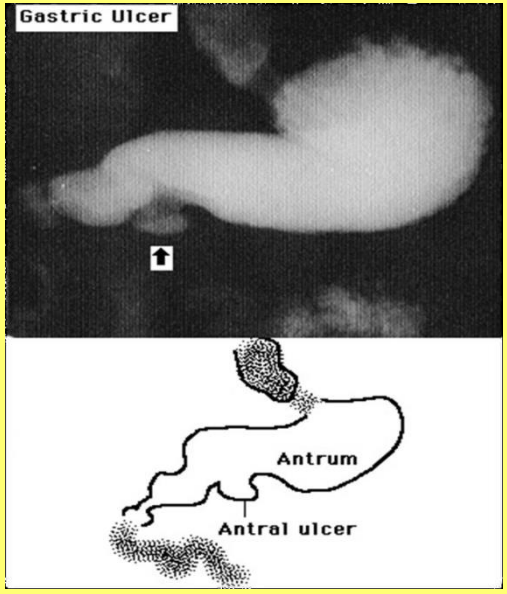
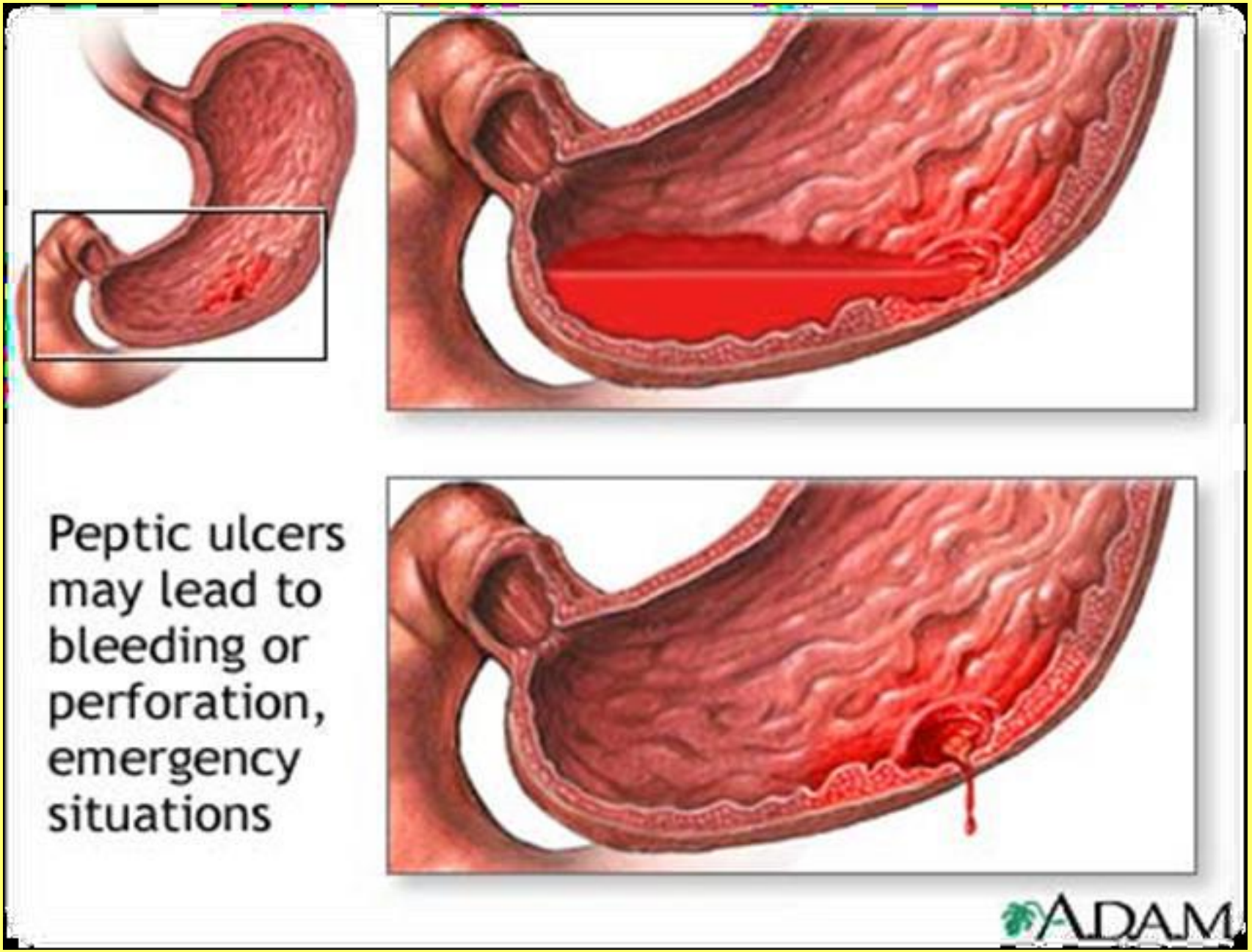


Figure 1. Serial endoscopic findings. A: On January 22, 1997, large multiple ulcerations were seen on the great curvature and angle of stomach. B: On August 20, 1997, ulcerative lesions were still visible. C&D: On April 1, 2000, large hematoma was seen on inferior side of upper body. E&F: On April 21, 2000, fresh hematoma was observed on the great curvature, accompanied by large ulcerative lesions.

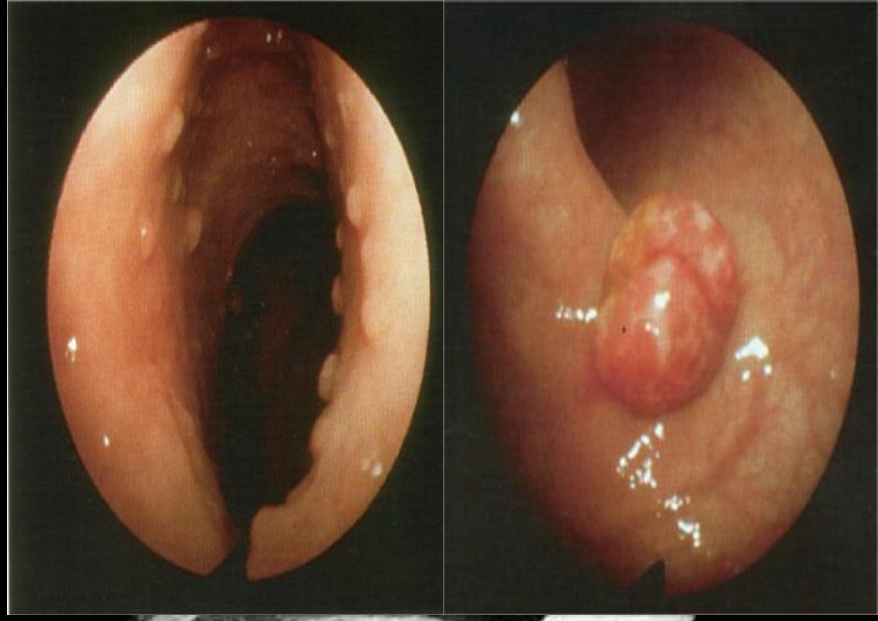
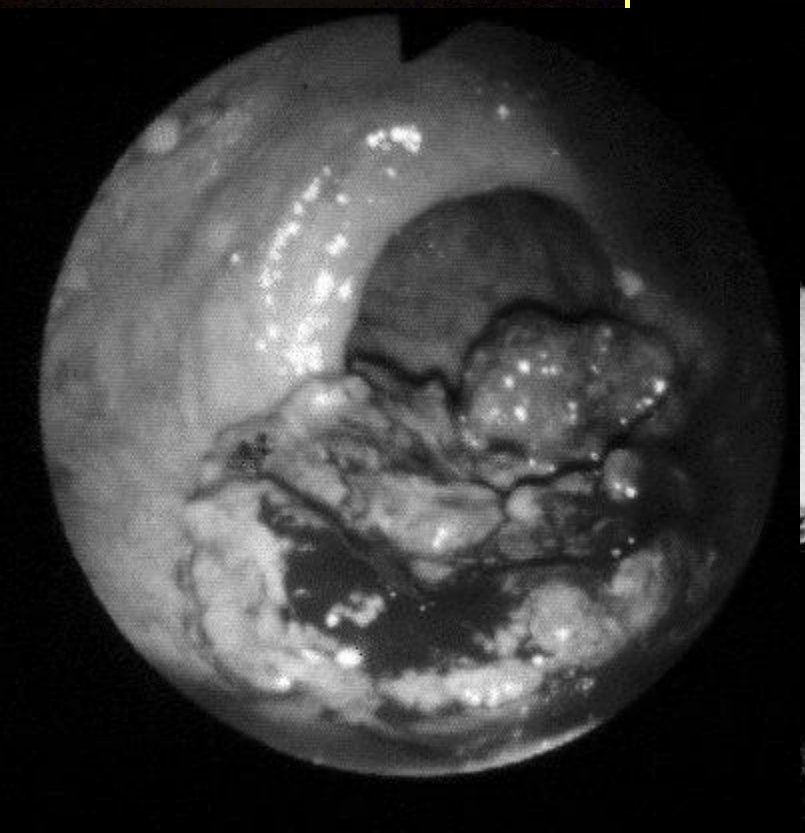
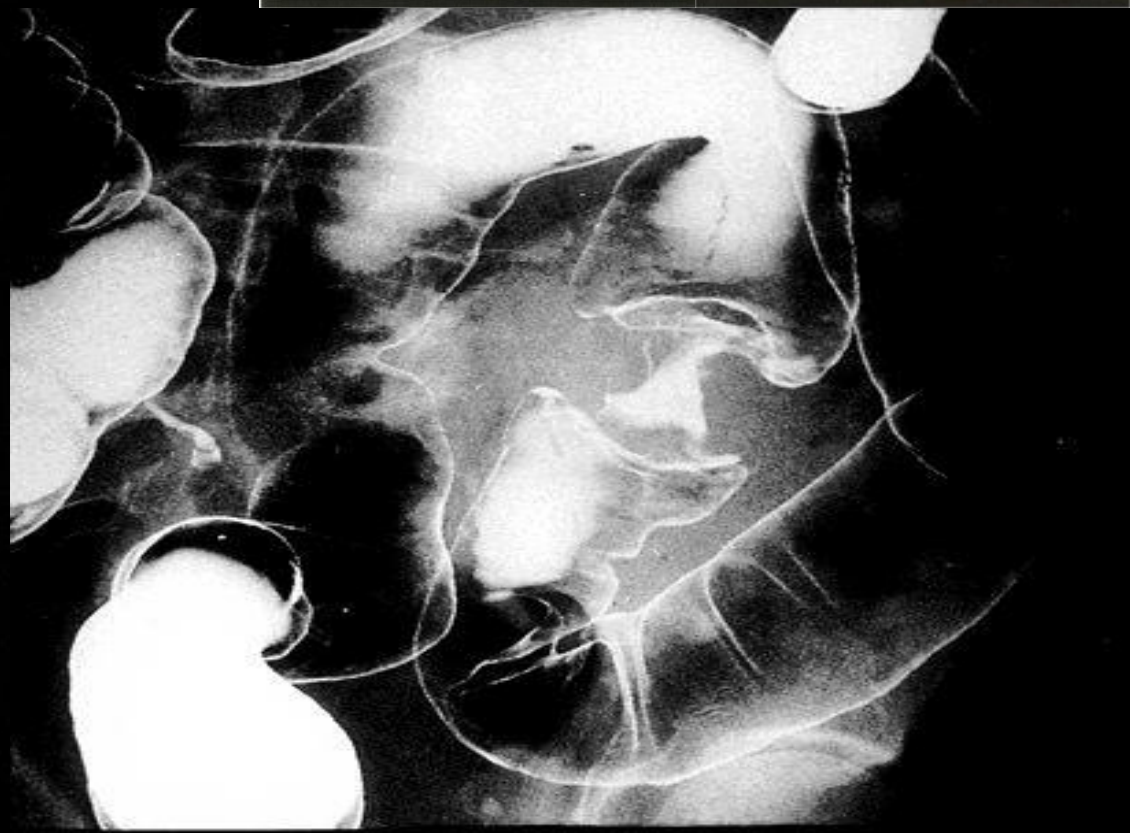







Peptic ulcers may lead to bleeding or perforation, emergency situations
ADAM.



الالم البطني

ان الالم البطني هو اكثر اسباب الاستشارات الهضمية.
للالم البطني اسباب عديدة جدا ،فالطبيب الناجح هو الذي يستطيع الوصول الى التشخيص بسرعة وذلك عن طريق تقسيم مسببات هذا الالم الى تناذرات .
باستثناء القولنج الكلوي ٩٠%من الام البطن تندرج تحت احد هذه التناذرات الثلاث:

تناذر قرحي او تناذر صفراوي او تناذر كولوني

تتوزع نسب التناذرات الثلاثة السابقة ٨٠%كولونية ٥% صفراوية ٥% قرحية
وفي حال استطعنا ان نصل الى تشخيص احدى التناذرات السابقة من خلال الاستجواب والفحص السريري فاننا سوف نستفيد من الفحوص المتممة مثلا في التوصل الى التشخيص التفريقي لان الاحتمالات التي بقيت امامنا تصبح اقل بكثير (تقريبا اربع امراض لكل تناذر) .

فمثلا اذا عرفنا انما يواجهنا هو **تناذر قرحي** فعندها نكون امام اربع تشخيصات فقط :

قرحة عفجية
قرحة معدية
التهاب معدة حاد
عسرة هضم علوية

نميز بينها عن طريق التنظير الهضمي العلوي

اما اذا كنا امام **تناذر صفراوي** فنحن نواجه احد الامراض التالية :

التهاب مرارة حاد
التهاب مرارة مزمن
حصيات مرارة عرضية تنزل من المرارة الى القناة الجامعة لتسبب قولنج صفراوي
التهاب طرق صفراوية حاد

نميز بينها عن طريق الايكو (تحري حصيات مرارة ، سماكة جدار المرارة ، توسع قناة جامعة)

ويندرج تحت **التناذر الكولوني** ما يلي :

اورام الكولون
التهاب الكولون
تشنج الكولون(الكولون العصبي).

نميز بينها عن طريق التنظير الهضمي السفلي واذا لم نرشيئا فالكولون عصبي

فلاحظ كيف اختلف الفحص تماما حسب التناذر وتخيل مقدار التعب والمصروف المادي والزمني في حال لم يكن الطبيب متوجها بشكل صحيح وقام بكل الفحوصات

جدول يلخص التناذرات المتضمنة ل ٩٠%من الالم البطني

	تناذر قرحي	تناذر صفراوي	تناذر كولوني
المكان	شرسوفي	شرسوفي غالبا\مراق ايمن	مسير الكولون (كل البطن) (حفرة حرقفية –مراقين)
الشكل بالتناذرات الثلاثة قد يكون قولنجي	تشنج-حرق	ممزق	تشنج-نفخة-ثقل-وخز
الشدة (صفراوي ثم قرحي ثم كولوني)	+	++ الاشد ويوقظ من النوم	+\- يوقظ حسب نوعه(سرطان مثلا)
الانتشار	الغالب انه ثابت في محله وقد ينتشر الى مراق ايمن او الظهر نادرا	الكتف الايمن(زناري)	الكتفين-القطنين-مسير الكولون في الكتف الايمن نميزه عن الصفراوي في الكتف الايسر عن نقص التروية القلبية

جدول يلخص التناذرات المتضمنة ل ٩٠%من الالم البطني

	تناذر قرحي	تناذر صفراوي	تناذر كولوني
الزمن	نوب مترددة :مرتين بالسنة على الجوع	بعد الطعام الدسم(٢سا) مرة واحدة لا يتكرر غالبا	كل يوم وقديم(منذ زمن) بعد طعام(٠-٢سا)
المحرضات	الجوع-الشدة-nsaid لا يستطيع الصيام	الطعام الدسم	طعام-شدة- طيل فترة الصيام لا يوجد الم-عند الافطار يتالم
المسكنات	الطعام –مضادات الحموضة	الادوية المضادة للتشنج	الصيام –التبرز والغازات
اعراض مرافقة	غثين-اقياء-نزف	غثيان –اقياء-حمى-يرقان	زحير-دم-مخاط-قيح-امساك-اسهال
الفحص السريري فحص البطن-نقاط المية-مس شرجي	+\-	الم مراق ايمن (شرسوفي)-مورفي	+\-
التشخيص	تنظير علوي	ايكو ercp	فحص براز-تنظير سفلي

كل تناذر يشترك بمجموعة من الاعراض تميزه عن التناذرات الاخرى نميز بينها عن طريق مجموعة من المتحولات وكلما زدنا هذه المتحولات كلما سهل التمييز بين تناذر واخر .

وهذه المتحولات هي :

مكان الالم -شكل الالم -زمن الالم -محرضات الالم -شدة الالم -انتشارات الالم -مسكنات الالم الاعراض المرافقة .

الاستجواب:

مكان الالم:

مكان الالم يدل على العضو المصاب عادة.. ولكن هناك حالات عديدة يكون الالم في مكان والاصابة في مكان اخر، وحتى ان هناك امراض كالتهاب الكبد الفيروسي يكون غالبا دون اعراض

التناذر القرحي :يكون الالم شرسوفيا غالبا

قد ياتي في حالات نادرة في الظهر (حيث تكون القرحة على الوجه الخلفي للبصلة مسببة تخريش البنكرياس الذي هو عضو خلف البريتوان)

التناذر الصفراوي: في ثلثي الحالات يكون الالم شرسوفيا

وفي ثلث الحالات يكون الالم في المراق الايمن

التناذر الكولوني: في أي مكان من البطن

ولكنه يوجد بتواتر اكثر في اماكن التفاف الكولون (الزوايا) :المراق الايمن-المراق الايسر الحفرة الحرقفية اليمنى- الحفرة الحرقفية اليسرى

وبذلك نلاحظ مايلي:

اذا كان الالم في الحفرة الحرقفية اليمنى او اليسرى يجب ان نستبعد الصفراوي او القرحي.

الالم الشرسوفي مشترك بين التناذرات الثلاثة

شكل الالم:

غالبا نحدد شكل الالم بالاشكال التالية:

قولنجي- شد - نفخة - ثقل -حارق - طاعن (ناخز).

ما معنى كلمة قولنجي:

هو تشنج مؤلم في حشا اجوف (أي لا نراه في الاعضاء الصماء كاالكبد والبنكرياس).

في الحالة الطبيعية جميع الاحشاء تتشنج كل الوقت (فالامعاء في تشنج مستمر لاجل العمليات الهضمية) ولكن هذا التشنج الطبيعي غير مؤلم .

لماذا لا نتالم بسبب حركات الامعاء ؟؟؟

لان التشنجات تحدث عندنا تحت عتبة الالم .

ماسبب الالم في الالم القولنجي ؟

ان أي عائق في مسير الحركات الحوية في كل حشا اجوف (من المري الى الشرج +الطرق الصفراوية) ورم او حصاة او أي اضطرابات عصبية في هذه الحركات تسبب الام قولنجية.

وهذه الالم القولنجية تذهب وتجيء لانها تنزل وتصعد فوق عتبة الالم وذلك في الام كل الاحشاء الجوفاء.

استثناء الالم الصفراوية بالرغم من اها قولنجية فالمريض يشعر بها على شكل الم مستمر او ما يسمى بالشد ،الالم بالتاكيد قولنجي حيث ان التقلصات تصعد وتنزل ولكنها بالرغم من نزولها تبقى فوق عتبة الالم والدليل انه عند اعطاء مضاد التشنج يخف الالم .

ونذكر بعض التعريفات :

١- القولنج:الشعور بموجه المية تتزايد ثم تتناقص (اصابة معوية او صفراوية او بولية).

٢-الم ممزق: مثل طعنة الخنجر (انثقاب حشا اجوف) .

٣-ثقل:شعور بثقل او شعور كاذب بتاخر افراغ معدي (عسرة الهضم –تشنج كولون).

٤-مغص:الشعور بانفتال عميق يمكن ان يخف بالطعام ويشكل الجوع المؤلم (قرحة هضمية).

٥-حرق: الشعور بالم حارق في الشرسوف مثلا يمتد خلف القص (قرحة هضمية)

٦-الم نابض: في الشرسوف مثلا (الابهر البطني).

التناذر القرحي :

الم قولنجي تشنج colic (حشا جوف).

حارق (بسبب تخريش النهايات العصبية المفتوحة في التقرحات) .

التناذر الصفراوي :

قولنجي (حشا جوف) بليل انه يخف او يزول باعطاء المريض مضاد تشنج .

يشعر به المريض على شكل الم مستمر شد كمافسرنا سابقا .

التناذر الكولوني :

قولنجي (حشا جوف) ، او نفخة او ثقل بعد الطعام .

ملاحظة:٩٠% من النفخات بعد الطعام هي كولونية وليست معدية حيث ان هناك منعكس معدي كولوني يثار عند تناول الطعام ويحرض على افراغ الكولون ... فاذا كان الكولون عصبيا يتشنج حابسا الغازات ضمنه

شدة الالم :

لا يوجد معيار طبي لتحديد شدة الالم .
نسبية بين مريض واخر ولكن عادة تترافق الالام الشديدة جدا مع شحوب وهياج وتكون واضحة وتوقظ من النوم
ويجب ان ننتبه الى ان بعض المرضى يبالغون بوصف لالم لاسباب معينة ليحصل على اجازة مثلا او دلال
فالمقياس الوحيد لشدة الالم هو هل يوقظ المريض من النوم ام لا (وهذا يختلف عن الالم الذي يحدث عند الاستيقاظ من
النوم وذاك الذي يؤرق المريض ولا ينام بسببه وقد يكون هذا الارق ليس ناجما عن الالم بذاته ولكن من خوفه من
ان يكون مصابا بالسرطان مثلا)، ونستفسر عن ذلك بشكل غير مباشر لكي لا نلفت انتباه المريض .
فالالم الذي يوقظ المريض من النوم هو غالبا الم شديد .
سؤال المريض عن شدة الالم تفيد عند حصول الم سابق ومقارنته مع الحالي بينما الالم الشديد الحالي لا يخفي
نفسه (ترى المريض يصرخ من الالم وهذا دليل كاف).

التناذر القرحي : الم شديد ويوقظ المريض من النوم .
التناذر الصفراوي : شديد جدا واشد من الالم القرحي ويوقظ من النوم .
التناذر الكولوني :الالم شدبد جدا اثناء الصحو وقد يسبب الغيبوبة احيانا ، ولكنه لا يوقظ المريض من النوم لان
الكولون ينام مع الانسان .
ولكن اذا كان سببه سرطان فقد يوقظ من النوم حيث لا علاقة له هنا بحركية الكولون .
اذا أي الم لا يوقظ من النوم نشك بكولون عصبي .

انتشارات الالم:

التناذر القرحي:

الم في التناذر القرحي غالبا ثابت لا يتنشر .

ولكن من الممكن ان ينتشر الى المراق الايمن فقط او للظهر احيانا اذا كانت القرحة على الوجه الخلفي لبصلة للاثني عشر

ومن الممكن ان ينتشر للمراقين معا.

التناذر الصفراوي :

ينتشر للكتف الايمن بسبب تخريش عصب الحجاب الحاجز .

ينتشر للكتف الايمن بشكل زناري بدءا من المراق الايمن .

التناذر الكولوني :

يوجد في أي مكان في البطن ومن الممكن ان ينتشر الى أي مكان في البطن :قد يكون في الحفرة الحرقفية اليمنى ، و ينتشر الى الحفرة الحرقفية اليسرى مثلا ،و قد ينتشر الى الى احد الكتفين .. الخ

وهنا توجد قصتان يجب ان نتذكرهما دائما :

القصة السريرية الاولى :

مريض بعمر ٦٠ سنة يشكو من الم في الكتف الايسر مع الم في المراق الايسر.

يخاف المريض من الم الكتف معتقدا انه من الم قلبي ويجري الفحوصات الكثيرة ، ولكنه قد يكون الما ناتجا عن تشنج الكولون فقط.

القصة السريرية الثانية:

امراة عمرها ٤٠سنة تشكو من الم في المراق الايمن ينتشر الى الكتف الايمن .

لم يستجوبها الطبيب جيدا فيجزم ان الالم مراري وباجراء ايكو بطن يتبين وجود حصيات في المرارة .

تستاصل المرارة بالجراحة ولكن بقي الالم كما هو ... والسبب ان الالم كان كولونيا ، وبعدها قال لها الطبيب ان الالم بسبب تناذر ما بعد استئصال المرارة واجرى لها تصوير للطرق الصفراوية وهكذا....وبذلك لو استجوب الطبيب الملاريضة بشكل جيد لعلم من بقية المتغيرات (الالم يزداد بالطعام،يخف بالتغوط و اخراج الغازات) انها تشكو من تناذر كولوني وليس تناذر صفراوي .

معلومات هامة:

-٨٠%من حصيات المرارة اذ١ وجدت دون التهاب فهي لا عرضية،يمكن ان تبقى الحصيات مع المريض لاخر حياته دون ان تسبب مشكلة.

-٢٠% منها فقط تحتاج لعمل جراحي...

-الم قطني او في الخاصرة ينتشر الى الاعضاء التناسلية (اصابة طرق بولية).

-الم شرسوفي ثاقب ينتشر للظهر (بنكرياس –قرحة عفجية مثقوبة) .

زمن الالم :

يجب الا ننسى تحت أي ظرف من الظروف ان نسال المريض عن التفاصيل الزمنية المتعلقة بالعرض :
فاسهال حديث عند رجل بعمر ٦٠ سنة هو سرطان حتى يثبت العكس بينما اسهال رافقه خلال ٣٠ سنة فهو حتما ليس بسرطان.

ندرس فيه :

١- البدء: مفاجئ ام تدريجي .
٢- الاستمرار : من عدة دقائق الى عدة ساعات (ثابت-متزايد-متناوب).
٣- التردد: في اليوم بعد الطعام بشكل باكر او متاخر-في السنة ايام انقطاعه-فترة هجوع .

التناذر القرحي:

غالبا قصته قديمة وياتي بشكل متردد في السنة مرة او مرتين .
مثال الم اتى منذ ٣٠ سنة وكل سنة ياتي مرة او مرتين فهو تناذر قرحي .

التناذر الصفراوي:

ياتي بعد الطعام الدسم،ياتي بشكل نوبة واحدة وغالبا يحول الى الجراحة.
يبدا بشكل مفاجئ او متدرج ويكون مستمر غالبا (نادرا متقطع) .

التناذر الكولوني:

باختصار (يومي وقديم) يبدا عادة صباحا ويستمر عدة ساعات بشكل متناوب ، مثال الم بدا منذ ٣٠ سنة وياتي كل يوم مرة فهو كولوني .
وياتي بعد الطعام مباشرة الى ساعتين . والسبب هو المنعكس المعدي الكولوني .
فعند وجود عائق بالحركية ،يحاول الكولون تجاوزه مما يسبب الما شديدا يحدث مباشرة بعد الاكل .
وكذلك في تشنج الكولون حيث يكون الكولون مهسترا فيتشنج بشكل عشوائي .
ومعظم الناس يحدث لديهم نفخة بعد الاكل ليس بسبب زيادة الغازات وانما بسبب سوء في توزع الغازات نتيجة خلل في الحركية .

محرضات الالم :

التناذر القرحي:

يتحرضالالم هنا ب:

الجوع لان القرحة مكشوفة-الشدة النفسية-مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية وعلى راسها الاسبيرين والاندوميتاسين .

التناذر الصفراوي:

الطعام الدسم حصرا وبعد ساعتين من الطعام لانه عندما يصل الطعام الى المعدة يحتا ليتفرغ وسطيا ساعتين وعندما يتفرغ الطعام الدسم ويلامس الاثني عشرية فيتحرر هرمون الكوليسيستوكينين مما يسبب افراز الصفراء من المرارة ووظيفة الصفراء الاهم هي هضم الدسم

واذا كانت هناك بحصة في المرارة عند افرازها للاملاح الصفراوية يؤدي الى ظهور الالم الصفراوي .

التناذر الكولوني :

الطعام يحرض الالم ، والطعام هنا ثابت لشخص ومختلف من شخص لاخر .

مثال بعض الاشخاص تعاني من الم كولوني نتيجة اكل الدسم واخر يعاني من الالم نتيجة اكل البقوليات ....الخ .

والطعام المسبب له ليس له عنوان فلا يوجد طعام محدد يسبب الالم بل كما ذكرنا يختلف من شخص لاخر .

مسكنات الالم :

التناذر القرحي:الطعام بشكل عام يحمي من تهيج القرحة ماعدا الطعام المخرش كالفليفلة مثلا .
مضادات الحموضة كالبيكربونات .

التناذر الصفراوي :يخف بالادوية المضادة للتشنج لانه الم قولنجي .

التناذر الكولوني : يخف على
الصيام - التبرز واخراج الغازات -بالاضافة الى مضادات التشنج ....

قاعدة ذهبية :
كل الم بطني يخف على التغوط واخراج الغازات وياتي بعد الطعام مباشرة هو الم كولوني .

الاعراض المرافقة:

التناذر القرحي :

غثيان او اقياء او نزف هضمي ....بوضوح المشكلة هي معدية .

قد تسبب القرحة اسهالا مدمى اذا توافر الشرطين التاليين :

غزارة النزف - سرعة مرور الدم عبر السبيل الهضمي.

التناذر الصفراوي:

غثيان واقياء واحيانا حمى (انسداد القناة المرارية)،يرقان انسداد قناة جامعة .

التناذر الكولوني:

كل الم يترافق مع اسهال او امساك هو غالبا كولوني .

الالم المترافق مع زحير يشير لاصابة المستقيم .

الالم المترافق مع النزف الهضمي السفلي هو غالبا كولوني .

الفحص السريري :

فحص بطن شامل مع التركيز على النقاط الالمية بالجس :

١- النقطة الالمية للمرارة (نقطة مورفي murphy) .

٢- النقطة الالمية للزائدة الدودية (نقطة ماك بورني mac burney).

٣- المس الشرجي :عادة غير مؤلم .

وجود الم في رتج دوغلاس هو علامة تخريش بيريتواني .

التناذر القرحي :

قد لا نلاحظ شيئا في الفحص السريري .

التناذر الصفراوي :

الم بالمراق الايمن او الشرسوف ، ومناورة مورفي ايجابية

ونذكر ان الم البنكرياس يخف بالانحناء نحو الامام .

التناذر الكولوني :

قد يجس السين بشكل حبل وقد يشعر تطبل في المناطق مختلفة من الكولون (الزاوية الكبدية – الزاوية الطحالية) ...

الفحوص المتممة :

التناذر القرحي :

نطلب تنظيرا هضميا علويا

اذا وجدنا قرحة معدية ناخذ خذعات اذ قد تكون اورام

اذا وجدنا قرحة عفجية لا داعي للخذعات فهي ليست اورام .

اذا لم نجد شيئا عسرة هضم علوية dyspepsia .

التناذر الصفراوي :

ايكو بطن لنتحرى :

وجود حصيات بالمرارة .

وجود سماكة في جدار المرارة (دليل التهاب حاد او مزمن) .

توسع في القناة الجامعة (دليل وجود حصاة تحت مكان التوسع) ، وبناء على ذلك نقرر هل هناك داع لاجراء ercp أي تصوير طرق صفراوية راجع عن طريق التنظير حيث يمكن للمنظار المقثطر استئصال حصيات القناة الجامعة في حال وجودها (هذا الاجراء لم يعد يستخذم في التشخيص ولا يزال يستخدم علاجيا).

هناك اجراء mrcpلتصوير المرارة .

التناذر الكولوني :

فحص البراز :فحص دم خفي بالبراز – كريات بيض تدل على التهاب - طفيليات .

اذا لم نجد شيئا نطلب تنظير كولون : اورام ناخذ خذعات

التهابات نميزها بالنظر او باخذ خذعات مثل التدرن -كرون .

لم نجد شيء فالكولون عصبي .

في حال وجود مضاد استطباب للتنظير نجري تصوير شعاعي ظليل

يمكن اجراء قياس زمن المرور في مراكز الابحاث .

يمكن اجراء قياس ضغوط المستقيم ونستعمله خاصة في الامساك الاولي حيث ننفخ البالون داخل المستقيم لنرى ما حجم البالون اللازم لكي تحدث رغبة عند المريض في التغوط (تحريض منعكس التغوط)