

محاضرة أعراض وعلامات

الدكتور: أنس محمود زكية
إخصائي بالأمراض الداخلية العامة
إخصائي بالأمراض الداخلية الهضمية

النزف الهضمي

الآلم البطني

النزف الهضمي

التعريف:

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

ألية حدوثه: غالبا تخريش لوعاء تحت المخاطية اما شرياني (قرحة هضمية) واما وريدي(نوالي مري).
نلرا نزف شعري لموي في المخاطية(التهاب معدة نزفي لواني).

عقابيل النزف الهضمي: يؤدي الى فقر دم مزمن في حال كان النزف بطيئا وخفيفا وهذا النزف قد يكون مؤشر على القرحة او النوالي او السرطانات
نقص حجم ووهط لوراني(انخفاض شديد في الضغط) وذلك اذا كان النزف صاعقا
ويجب تعويض الدم بشكل فوري.

النزف الهضمي و فقر الدم

النزف الهضمي البطني غالبا غير مجسوس فيتم تشخيصه 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-اللعب 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

اللعب المدمى HEMOSIALEMESIS:لعب مدمى ياتي من اللثة او البلعوم عادة تالي لامراض دموية مختلفة كاضطراب عوامل التخثر

الرعاف EPISTAOIS: 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 اقيائه يختلط التشخيص بين الرعاف والاقياء الدموي.

ويتم التفريق بين هذه الحالات من خلال استجواب المريض لمعرفة ميزات القيء المدمى (مزبد-يوجد نزوف لثوية عادة-رعاف متكررالخ) .

الاستجاب

نسال هل لدى المريض قصة تناذر قرحي (يتظاهر 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 الالاستيروئيدية 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 بتقييمك 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 يكون 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 المتتمة

بعد استقرار المريض تقوم 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
البيزموت 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 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 (امسك مثلاً) .

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 شيئاً نقوم بالتنظير السفلي.

ملاحظة :لأنقوم بالتنظير السفلي قبل التأكد 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 بالبراز مع تنظير هضمي علوي وسفلي طبيعي فالاصابة محتملة بالامعاء الدقيقة ونقوم بالتالي:

نستخدم الكبسولة (كبسولة كريسيبي) 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 بريئوية...).

ملاحظة: الكبسولة لاتغني عن التنظير العلوي فحركة الكبسولة لاتسمح برؤية كامل جوف المعدة بينما هي قادرة على التقاط المشكلة المعوية (حيث لا يهتما 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 البراز او بعد البراز).

التشخيص السببي:

يدل غالبا على اذية هضمية سفلية (كولون مستقيم شرح).
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 المرأة وخاصة في بداية البلوغ . حيث يختلط هذا الدم مع البراز فيتم الخطأ 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 بوليبيات سليمة تحولت الى سرطان .
- فالبوليبيات: هي عبارة عن كتل خلوية ناتجة عن تكاثر شديد . وهي تكون سليمة وليست خبيثة ولكنها قد تتحول الى سرطان.

الفحوص المتتمة:

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 بالبوليبيات والاورام حيث علاجها بالبداية سهل وشافي عادة .

التشخيص السببي

- ١-الشرح:بواسير-شق شرجي، ويتصف هنا :
يكون الدم مدلوفا 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(البوليبيات) 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:

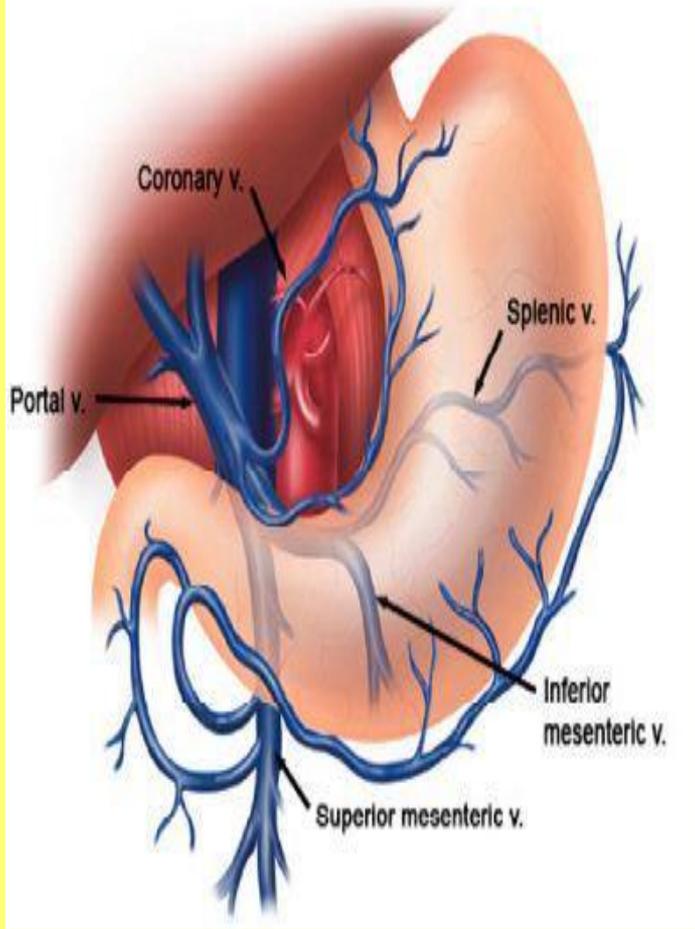
حيث يوشك المريض ان يموت دون ان يتظاهر النزف سريريا (نزف شديد مفاجئ) حيث :

يعاني المريض من صدمة وهبوط وعائي

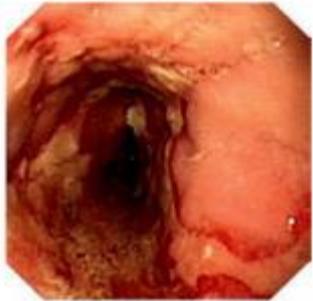
يتظاهر بفقر دم حاد مع اعراض صدمة .

التشخيص قد نضطر الى تنبيب معدة (قد نلاحظ الدم) ، او حقنة مفرغة (قد نلاحظ براز زفتي او دم)

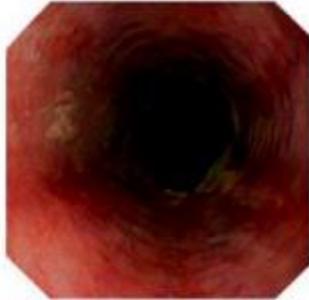
ويكون العلاج بحقن الادرينالين حول مكان النزف وتعويض الدم .



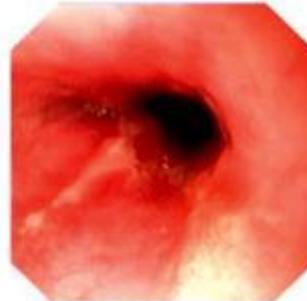
Grade D



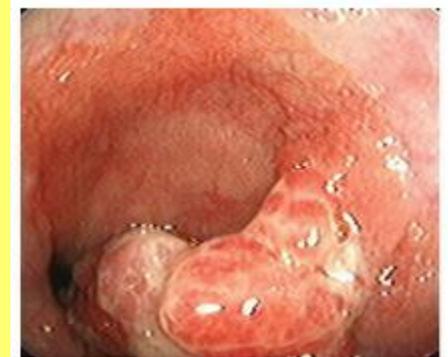
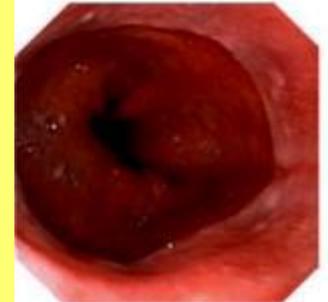
Grade C



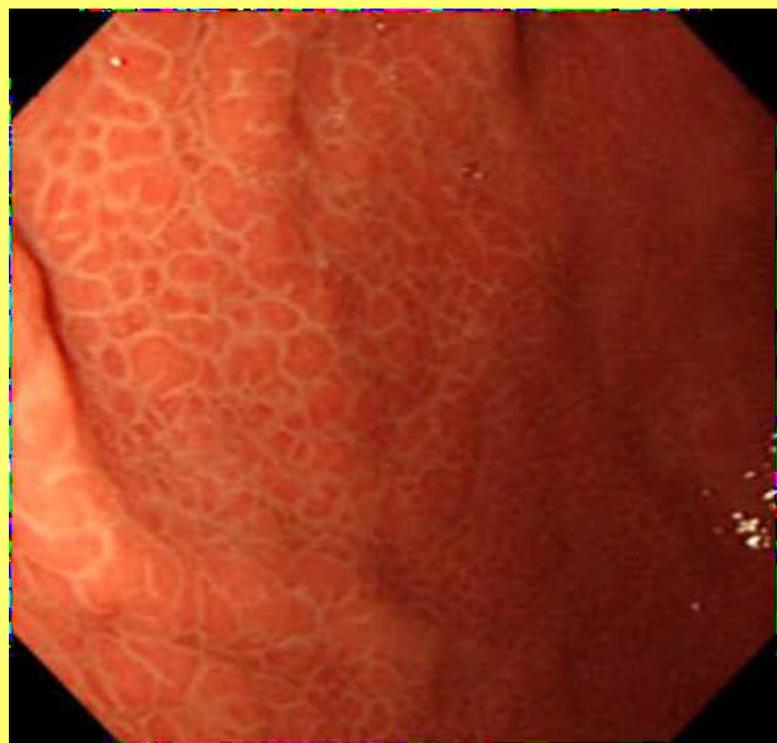
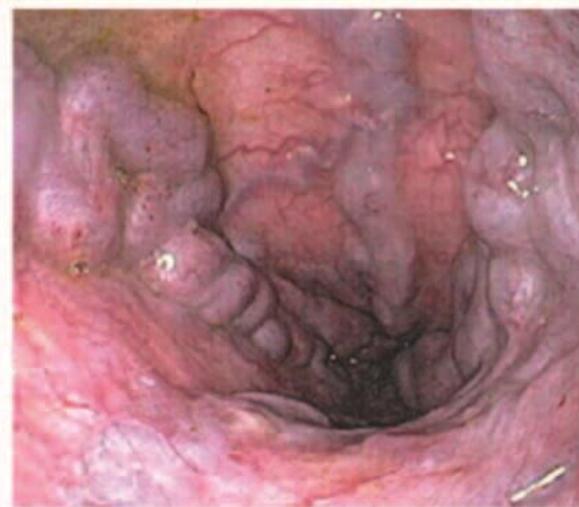
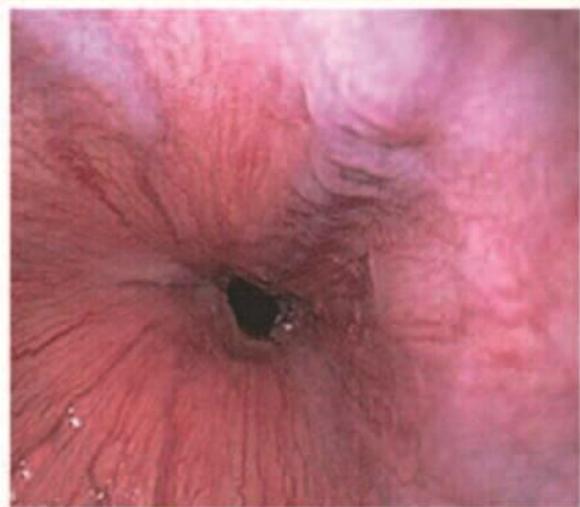
Grade B



Grade A



D Esophageal adenocarcinoma with Barrett's esophagus



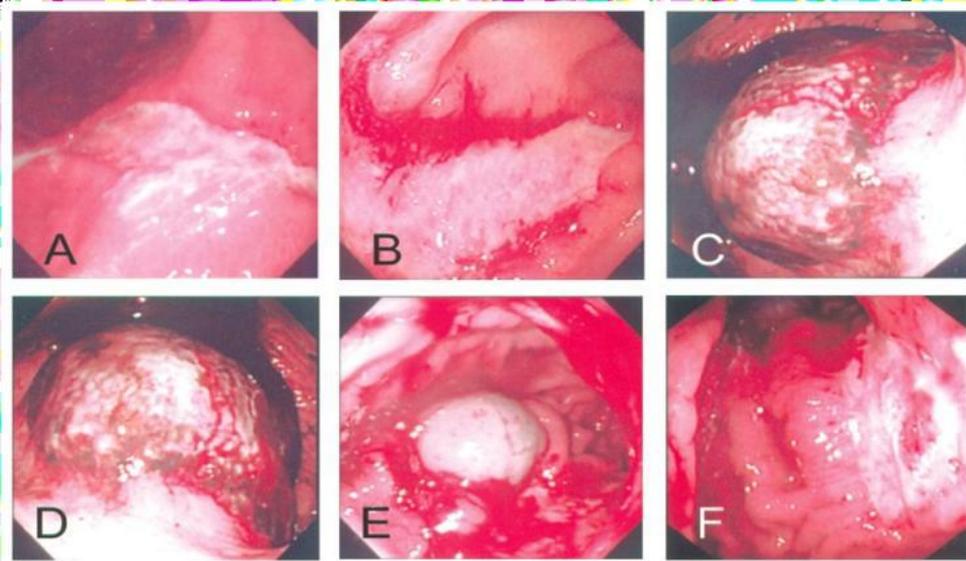
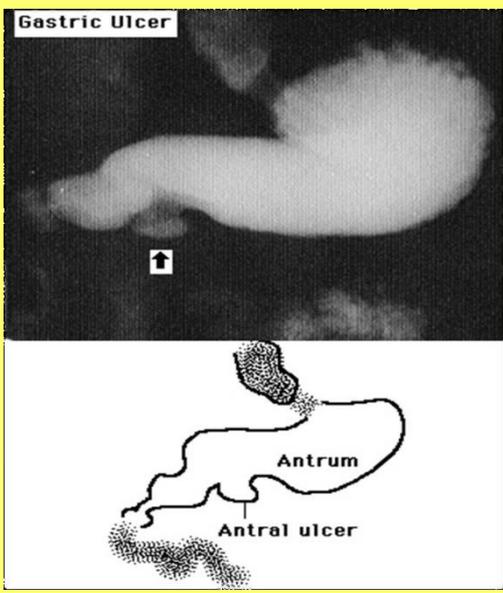
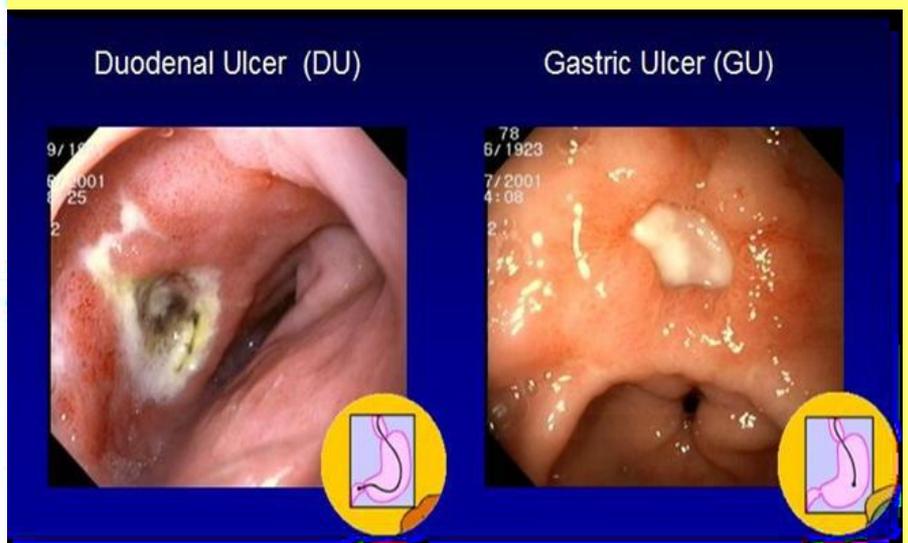
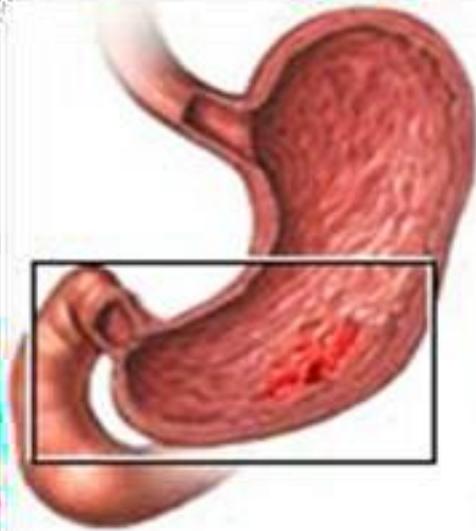


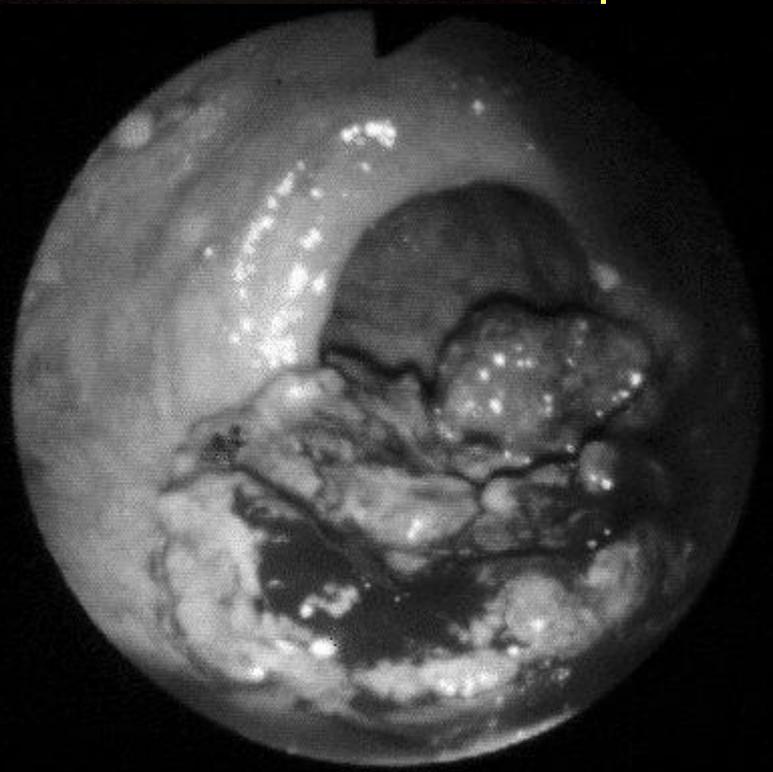
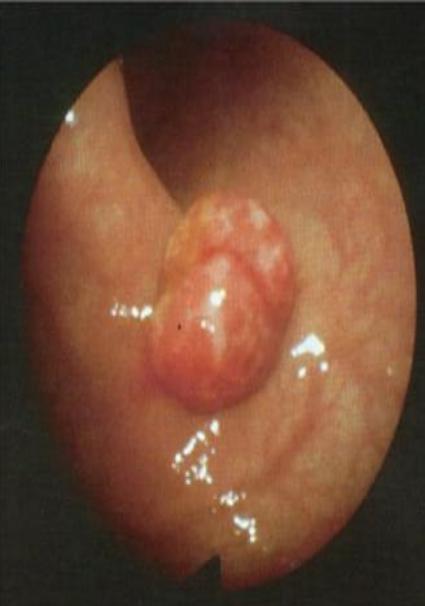
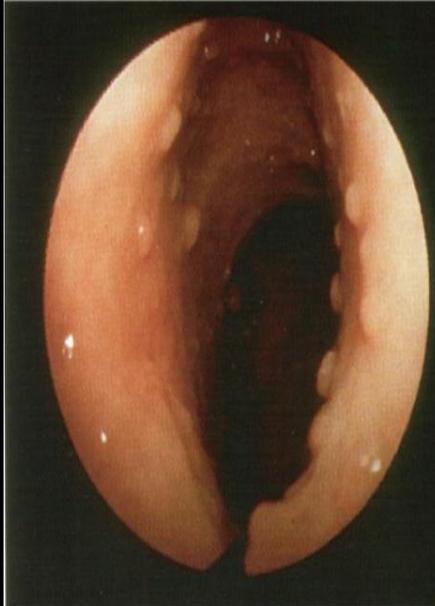
Figure 1. Serial endoscopic findings. A: On January 22, 1997, large multiple ulcerations were seen on the great curvature and angle of stomach. B: On August 20, 1997, ulcerative lesions were still visible. C&D: On April 1, 2000, large hematoma was seen on inferior side of upper body. E&F: On April 21,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





Peptic ulcers may lead to bleeding or perforation, emergency situations





الآلم البطنى

ان الآلم البطنى هو اكثر اسباب الاستشارات الهضمية. لآلم البطنى اسباب عديدة جدا ،فآلطبىب النآجح هو الذى يستطىع الوصول الى التشىخىص بسرعة وذلك عن طرىق تقسىم مسببات هذا الآلم الى تناذرات . باسنتناء القولنج الكلوى ٩٠% من الآم البطن تندرج تحت اءه التناذرات التآلآ:

تناذر قرهى او تناذر صفرآوى او تناذر كولونى

تتوزع نسب التناذرات التآلآة السآبقة ٨٠% كولونىة ٥% صفرآوىة ٥% قرهىة وفى آال استطنعنا ان نصل الى تششىخىص اءدى التناذرات السآبقة من آلال الآستجواب والفحص السرىرى فاننا سوف نستفىد من الفحوص المآتممة مثآا فى التوصل الى التشىخىص التفرىقى لان الآآتمآلات التى بقىت آامنا تصبآ اقل بكآىر (تقرىبا اربع آمرض لكل تناذر) .

فمثآا اذا عرفنا انماىواآهنا هو **تناذر قرهى** فعندها نكون آمام اربع تششىصات فقط :

قرآة عفجىة

قرآة معدىة

آلآهاب معدة آاد

عسرة هضم علوىة

نمىز بىنها عن طرىق التناظىر الهضمى العلوى

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

جدول يلخص التناذرات المتضمنة ل ٩٠% من الالم البطني

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

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 -معرضات الالم -شدة الالم -انتشارات الالم -مسكنات الالم
الاعراض المرافقة .

الاستجاب:

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 القرصي: يكون الالم شرسوفيا غالبا

قد ياتي في حالات نادرة في الظهر (حيث تكون القرحة على الوجه الخلفي للصلة 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 القرصي.

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 كالكبد 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 .
ما سبب الالم في الالم القولنجي ؟

ان أي عائق في مسير الحركات الحوية في كل حشا اجوف (من المري الى الشرج +الطرق الصفراوية) ورم او حصة 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 فالمرريض 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 التفرحات) .

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 الألم :

لا يوجد معيار طبي لتحديد شدة الألم .

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 يببالغون بوصف لالم لاسباب معينة ليحصل على اجازة مثلا او دلال فالمقياس الوحيد لشدة الألم هو هل يوقظ المريض من النوم ام لا (وهذا يختلف عن الألم الذي يحدث عند الاستيقاظ من النوم وذاك الذي يؤرق المريض ولا ينام بسببه وقد يكون هذا الارق ليس ناجما عن الألم 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 الألم تفيد عند حصول الم سابق ومقارنته مع الحالي بينما الألم الشديد الحالي لا يخفي نفسه (ترى المريض يصرخ من الألم وهذا دليل كاف) .

التناذر القرصي : الم شديد ويوقظ المريض من النوم .

التناذر الصفراوي : شديد جدا واشد من الألم القرصي ويوقظ من النوم .

التناذر الكولوني : الألم شديد 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 القرصي:

الم في التناذر القرصي غالبا ثابت لا ينتشر .

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 ٤٠ سنة 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 الملاريزية 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 اذا وجدت دون التهاب فهي لا عرضية، يمكن ان تبقى الحصيات مع المريض لآخر 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 ويأتي بشكل متردد في السنة مرة او مرتين .

مثال الم اتي منذ ٣٠ سنة وكل سنة ياتي مرة او مرتين فهو تناذر قرحي .

التناذر الصفراوي:

يأتي بعد الطعام الدسم،يأتي 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

ويأتي كل يوم مرة فهو كولوني .

ويأتي 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 .

معرضات الالم :

التناذر القرحي:

يتعرض الالم هنا ب:

الجوع لان القرحة مكشوفة-الشدة النفسية-مضادات الالتهاب الالاستير وئيدية 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 الكولييسيستوكينين مما يسبب افراز الصفراء من المرارة ووظيفة الصفراء الالهه 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 لآخر .
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 لآخر .

مسكنات الالم :

التناذر القرصي:الطعام بشكل عام يحمي من تهيج القرحة ماعدا الطعام المخرش كالفليفة 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 ويأتي بعد الطعام مباشرة هو الم كولوني .

الاعراض المرافقة:

التناذر القرصي :

غثيان او اقياء او نزف هضميبوضوح 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 القرصي :

قد لا نلاحظ شيئاً 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 خزعات اذ قد تكون اورام
اذا وجدنا قرحة عفجية لا داعي للخزعات فهي ليست اورام .
اذا لم نجد شيئا عسرة هضم علوية dyspepsia .

التناذر الصفراوي :

ايكو بطن لنتحري :

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 المقتطر استئصال حصيات القناة الجامعة
في حال وجودها (هذا الاجراء لم يعد يستخدم في التشخيص ولا يزال يستخدم علاجيا) .
هناك اجراء mrcp لتصوير المرارة .

التناذر الكولوني :

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

اذا لم نجد شيئا نطلب تنظير كولون : اورام ناخذ خزعات

التهابات نميزها بالنظر او باخذ خزعات 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)