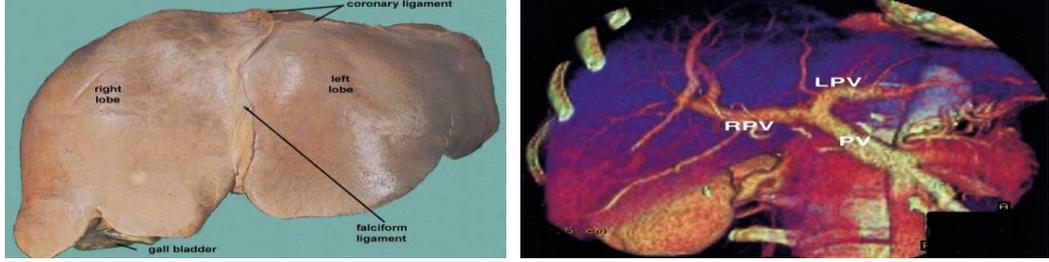


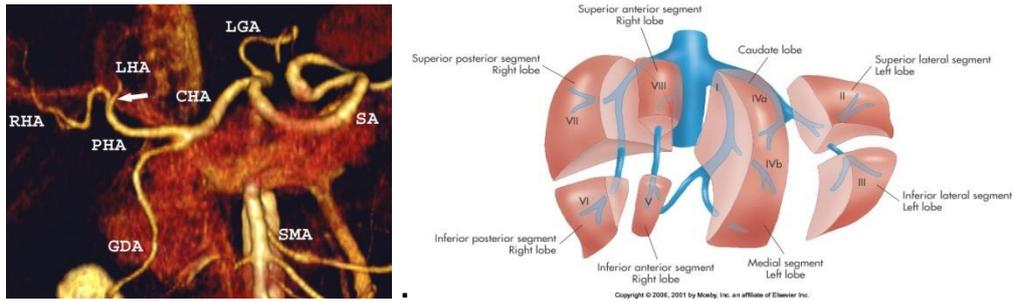
الكبد

هي الغدة الأكبر في الجسم ملحقه بالجهاز الهضمي ، و يشكل 2 % من وزن الجسم ، حيث يزن حوالي 1,5 كغ ، و يتوضع تحت الحجاب الحاجز و محاط بالبريتوان و يعرف هذا الغلاف باسم محفظة غليسون .



تتم ترويته عن طريق وريد الباب (75 %) و يكون غني بالمواد المستقلبة القادمة من الأمعاء ، و الشريان الكبدي (25 %) المليء بالأكسجة و الذي ينشأ من الجذع الزلاقي للأبهر البطني .

النزح الوريدي عن طريق الأوردة فوق الكبد (الأيمن- الأيسر- المتوسط) و التي تصب في الوريد الأجوف السفلي و هي تلعب دوراً في تثبيت الكبد في مكانه ، إضافة إلى الأربطة الكبدية

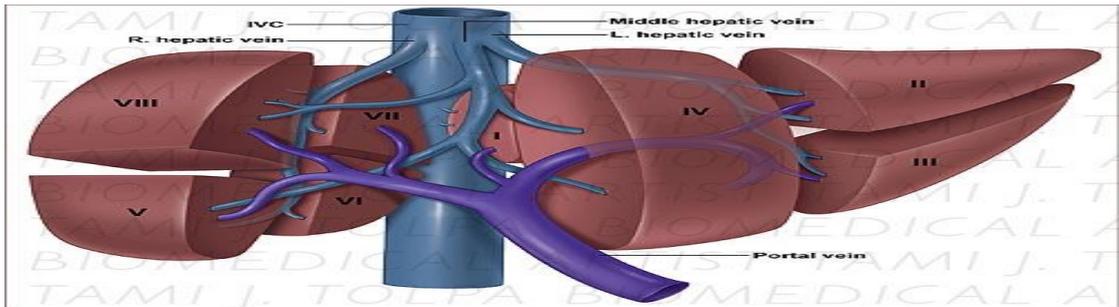


يقسم الكبد تشريحياً إلى فصين أيمن و أيسر بواسطة الرباط المنجلي(الذي يمتد بين الوجه المحدب و جدار البطن الأمامي) و يخدم كعلامة سطحية ، أما وظيفياً بالإعتماد على الوريد الكبدي المتوسط الذي يمر بين الفص الأيمن و الأيسر ،

Cantli,s line : خط وهمي عمودي يمتد بين المرارة أمامياً و أيسر الوريد الأجوف السفلي موافق للوريد الكبدي المتوسط في داخل

الكبد ، و بالتالي يقسم الكبد إلى الفص الأيمن و الأيسر و الفص المربع و المذنب

و تبعاً للتوزيع الصفراوي الوعائي يقسم إلى ثمانية قطع و الترقيم باتجاه عقارب الساعة حسب **Gouinaud**



و بذلك يكون الفص الأيمن (5-6-7-8) و الأيسر (2-3-4) ، و إن لكل من هذه القطع فرع من وريد الباب و فرع شريان كبدي و تقنية صفراوية مما يسهل عملية استئصال قطعة من الكبد ، و يمكن استئصال ٨٠% من الكبد دون أن يتأثر حيث باستطاعته التجدد .

وظيفة الكبد : ١- إفراز الصفراء و تصنيع البروتينات (الألبومين و الفيبرينوجين و البروثرومبين)

٢- استقلاب السكريات والشحوم و تخزينها ٣- استقلاب الأدوية و تصفية و قتل البكتريا و منتجاتها و إزالة السموم

٤- تخزين الفيتامينات (A-D) ٥- التخلص من الكريات البيض و الحمر الهمة

تقييم الوظيفة الكبدية : بمراقبة البيليروبين و ارتفاع البيليروبين المباشر دليل آفة انسدادية ، و كذلك الفوسفاتاز القلوية

الخمائر الكبدية (SGOT –SGPT) حيث ترتفع في التهاب الكبد لأرقام كبيرة ، و هناك الألبومين و البروثرومبين و

الفيبرينوجين و في حال نقصانهم يدل على قصور الخلية الكبدية

Hepatocell Carcinoma (alpha fetoproteine) afb و هو مشعر ورمي يرتفع في معظم الأورام الكبدية و خاصةً

الإستقصاءات الشعاعية للكبد :

١-الإيكو : و هو الوسيلة الأبسط و يدرس الكتل و الكيسات ، الحبن ، الطرق الصفراوية



٢- الطبقي المحوري و المرنان لدراسة الآفات و ارتشاحها ، و لانسى امكانية إجراء الخزعة الموجهة FNA من أجل التشخيص

٣- PET Scan (Positron Emission Tomography) : و خاصة في حالة النقائل الورمية

الأعراض و العلامات لمرض كبدي (آفة كبدية) :

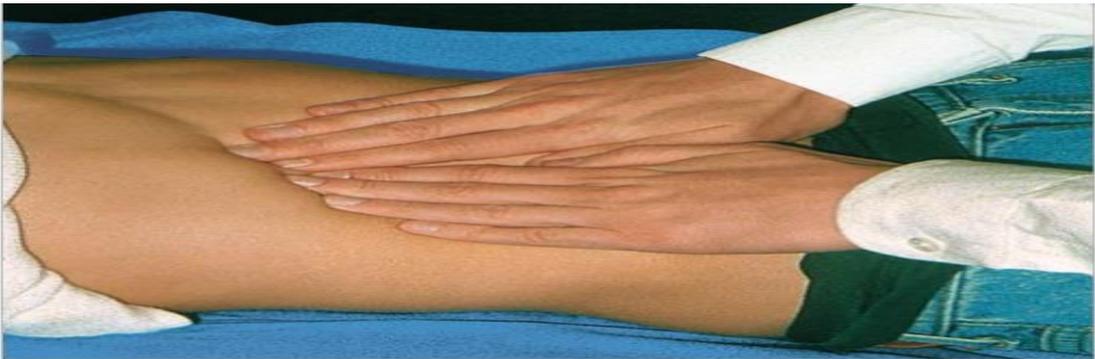


Fig. 4.4: Palpation of the liver: bimanual ventral palpation (GILBERT'S technique)

١-يرقان و حكة نتيجة الأملاح الصفراوية في الجلد ٢- ضخامة كبدية و طحالية

٣-توسع وعائي عنكبوتي و الإحمرار الراحي ٤- تنثدي رجل ، ضمور خصية

٤- بول غامق ٥- الوذمة و الحبن ٦- رأس المدوسة و البواسير و نزف من الدوالي ٦- حمى و بطء قلب

القصور الكبدي و فرط التوتر البابي :

في القصور الكبدي المزمن سواء كان ناتج عن انتان فيروسي أو الإدمان على الكحول أو الأمراض الإستقلابية و السموم ، فإن تنخر الخلايا الكبدية المتواصل يؤدي في النهاية إلى تشمع الكبد

فرط التوتر البابي يصنف من حيث السبب إلى ثلاث مجموعات (قبل الجيوب الكبدية – في الجيوب الكبدية – بعد الجيوب الكبدية)

متلازمة بود-كياري : أكثر شيوعاً عند النساء ، و تنجم عن خثار في الأوردة الكبدية يؤدي إلى التشمع الكبدي بعد الجيوب الكبدية

الأعراض : - تتظاهر بطيف واسع من التظاهرات بدءاً من الحالات اللا عرضية حتى قصور الكبد الصاعق

و من الأعراض : اليرقان – الحبن- الضخامة الكبدية .

التشخيص : الإيكو دوبلر و يكشف خثار الأوردة الكبدية

العلاج : مضادات التخثر هي المعالجة الأولية المعيارية وعند عدم الإستجابة نقوم بإجراء شنت بابي جهازي عبر الوداجي

داخل الكبد (TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic) ، أو شنت جراحي بابي أجوفي

القصور الكبدي الصاعق (Fulminant Hepatic Failure) : اعتلال الكبد الدماغي خلال أسابيع من بدء الأذية الكبدية

الحادة و تترافق بنسبة أكبر مع فرط توتر بابي و قصور كلوي ، و نسبة وفيات مرتفعة ٨٠% حين يعاني المريض من السبات

أخمج الكبد :

يعتبر البرانثيم الكبدي معرضاً بشكل متواصل للمستويات المنخفضة من الجراثيم المعوية القادمة إليه عبر الدوران البابي ، و

لكن الأخماج الكبدية نادرة الحدوث لأن الكبد يشكل المستودع الأكبر للجلمة الشبكية البطانية

و حين يتجاوز الوارد الجرثومي قدرة السيطرة عليه فالنتيجة حدوث الخمج و الخراج

تصل الجراثيم الممرضة إلى الكبد عن طريق آ - عن طريق وريد الباب من بؤرة أولية في الأنبوب الهضمي (التهاب زائدة

دودية حاد قيحي – سرطانات الكولون المخموجة – التيفية – التهاب الكولون الزحاري – التهاب الرتوج)

ب - عن طريق الأوعية الصفراوية نتيجة التهاب طرق صفراوية صاعد لوجود حصيات قناة جامعة أو تضيق فيها

ج- عن طريق الشريان الكبدي : بعد تجرثم الدم ، أو من بؤرة ذات عظم و نقي ، أو بالإمتداد المباشر من خراجات تحت

الحجاب الحاجز أو من تقبحات الجنب

أولاً : خراجات الكبد المقيحة : (Pyogenic Abscess) : العامل المسبب (المكورات العنقودية أو العقدية أو

العصيات الكولونية حتى اللاهوانيات

و التهاب الطرق الصفراوية هو السبب الأشيع لحدوثها

غالباً ما تكون الخراجة وحيدة ، كبيرة ، و متوضعة في الفص الأيمن ، و قد تكون متعددة

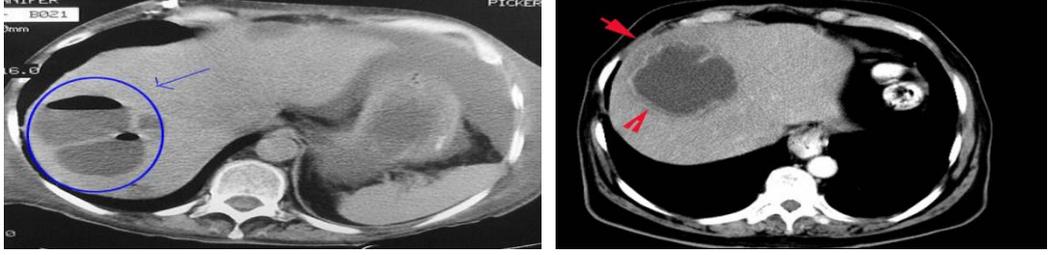
الأعراض و العلامات : ألم بطني شرسوفي و في المراق الأيمن ، حرارة و عرواءات ، قمه و أحياناً يرقان

و ضخامة كبدية مؤلمة ، و تفتح البطن حسب حالة الخراج

التشخيص : ارتفاع الكريات البيض على حساب المعتدلات و فقر دم ثانوي

الصورة البسيطة للبطن : ارتفاع قبة الحجاب الحاجز ، انصباب جنب أيمن – سووية سائلة غازية في الكبد

الإيكو و الطبقي المحوري مع الحقن (حيث تعزز المادة الظليلة على محيط الخراجة دون مركزها)



العلاج : الصادات الحيوية وريدياً مع البزل الموجه بالإيكو و التصريف الجراحي سواء بالجراحة المفتوحة أو التنظيرية عند عدم الإستجابة

ثانياً : خراجات الكبد الفطرية (Fungal Liver abscess) : العامل الممرض و أشيعها المبيضات البيض ، و

تشكل ١٠% من خراجات الكبد ، و غالباً ما تكون متعددة و صغيرة (٢سم أو أقل) ، أما إذا اختلطت بالإنتان فسيكبر حجمها

العلاج : نادراً ما نيزلها أو نفجرها لأنها تستجيب جيداً لمضادات الفطور كالأمفوتريسين

ثالثاً: الخراجات الزحارية : (Amebic Abscess) :

العامل الممرض : المتحول الزحاري الحال للنسج ، و يصل مع الغذاء بالشكل الكيسي و يتحول إلى أتروفة في



الكولون و يحدث التهاب الأمعاء الزحاري ، و قسم ضئيل من المتحول الزحاري يصل عبر وريد الباب إلى الكبد و تتشكل الخراجة الزحارية .

تنوضع في الغالب في الفص الأيمن للكبد ، و يمتاز قيح الخراجة باللون الشوكولاتي و بأنه عديم الرائحة

و عقيم بالزرع (لإلتصاق الطفيلي بجدار الخراجة) .

الأعراض : يصاب المريض أثناء الهجمة الزحارية أو بعدها و يشكو المريض من ألم في المراق الأيمن ، حس شبع ، تعب ،

وهن ، فقر دم ، حرارة و عرواءات و لكن أقل حدوثاً من الخراج القيحي

التشخيص : ارتفاع الكريات البيض مع ارتفاع نسبة كثرات النوى ، و كذلك إيجابية الإختبارات المصلية للمتحول الزحاري

و هي إيجابية في ٩٥-١٠٠% من الحالات ، و لانسى الإيكو و الطبقي المحوري

الإختلاطات : و تتضمن خمجاً مضافاً جرثومياً أو حدوث انتكال باتجاه أحد الأعضاء المجاورة ، أو حدوث تمزق نحو جوف

البريتوان ، و عندها يتوجب إجراء تفجير جراحي أو عبر الجلد

العلاج : الميترونيدازول بمعدل 750 ملغ ثلاث مرات يومياً و لمدة 14 يوم ، وفي حال عدم حدوث تحسن سريري خلال 48 ساعة من بدء المعالجة يتوجب وضع احتمال لوجود اختلاط الخراجة الزحارية ، و اللجوء للبزل أو التصريف عند فشل العلاج الدوائي .

كيسات الكبد : يمكن أن تقسم إلى كيسات غير طفيلية و كيسات الشوكاء الحبيبية

أ – الكيسات البسيطة : و هي الأشيع ، و ناتجة عن بقايا جنينية لأقنية صفراوية غير متصلة تشريحياً مع الشجرة الصفراوية ، و تكون وحيدة في 60% من الحالات ، السائل ضمنها رائق ، و هي غير عرضية و تكشف صدفةً ، و لا تحتاج لعلاج و إذا كبر حجمها تظهر الأعراض (ألم مبهم – يرقان) و نلجأ إلى البزل و التفجير عبر الجلد و حقن مادة مخرشة (إيتانول) ، و الجراحة و توكيف الكيسة أو الإستئصال

و هناك الكبد متعدد الكيسات و تظهر كمتلازمة مع الكلية عديدة الكيسات ، و تظهر الكيسات بمرحلة متأخرة و



تطورها بطيء ، و الكيسات مبطنه بطبقة صفراوية

أما الكيسات الرضية فنتج عن تجمع الدم إما تحت المحفظة أو ضمن النسيج الكبدي، و هي غير مبطنه بطبقة صفراوية و هي غير عرضية و لا تحتاج إلى علاج أو البزل و التفجير عبر الجلد

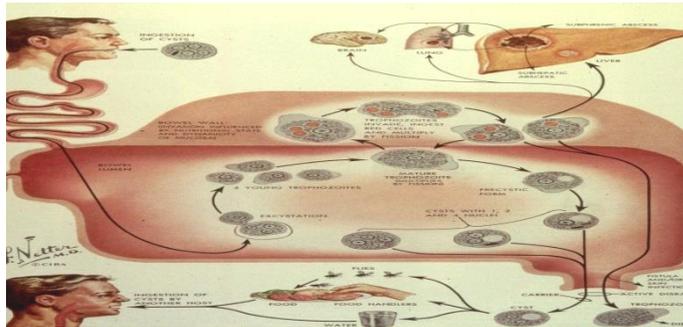
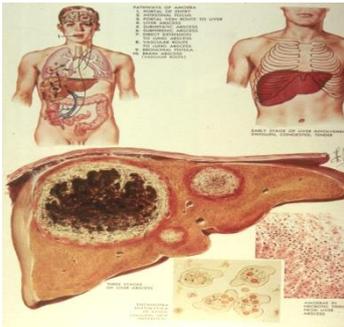
و في حالة الكيسات التنشوية فهي أكثر شيوعاً في النساء و هي غير عرضية و هي عبارة عن كيسات ورمية تنشأ إما مع الأورام السليمة كالأورام الغدية الصفراوية الكيسية أو مع الأورام الخبيثة كالكارسينوما الغدية الصفراوية الكيسية

و من مميزات الكيسات التنشوية بأنها محجبة و سميكة الجدار ، و غير منتظمة الحواف و ترتفع فيها مستويات AFP و CA19-9 و علاجها الأمثل الإستئصال الكامل بالجراحة

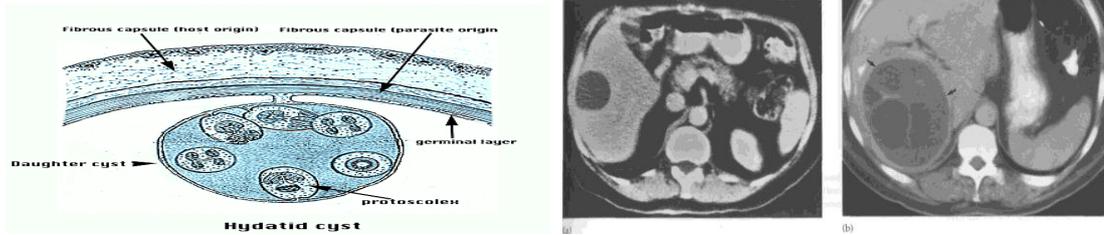
الكيسات الطفيلية (المائية – Hadatide Cyst) :

العامل الممرض : المشوكة الحبيبية *Echinococcus granulosus*

العدوى : تعيش الدودة البالغة في أمعاء الكلاب و الذئاب و الثعالب ، و تطرح بيوضها لتخرج مع البراز ملوثة الأعشاب ، و تأكلها الحيوانات العاشبة فتصاب بالكيسة ، و يصاب الإنسان بالدودة بشكل عرضي عن طريق الطعام و الشراب الملوث بالبيوض ، أو عن طريق التماس المباشر مع الكلاب المصاب



و عندما تدخل البيوض إلى معدة الإنسان تتحول إلى جنين مسدس الشصوص ، يجتاز جدران الأمعاء و يدخل الدوران البابي إلى الكبد و الرئة أو أماكن أخرى ، و عندما تصل إلى الكبد فإن الكيسة يتشكل لها جدار يتضمن (غشاء خارجي ليفي مرن – و غلاف حقيقي و الغشاء المنتش الذي يولد الحويصلات المنتشة إلى الداخل أي الكيسات البنات و سائل الكيسة)



الأعراض و العلامت :

قد تكون الكيسات العدارية غير مختلطة و غير عرضية ، أو يشكو المريض من حس ثقل نتيجة كبر حجمها و ضخامة كبدية مجسوسة، و غثيان و إقياء ، قد يظهر يرقان أو أعراض اختلاطات الكيسة (الإنتان- الإنتقاب -النزف)

التشخيص : يتوجب عدم بزل الكيسة حيث أن البزل قد يسبب تسرباً للكائن الممرض و انتشار للداء

ارتفاع الحمضات بالدم المحيطي و اختبارات وظائف الكبد يمكن أن تكون نتائجها أعلى بقليل من الطبيعي

تفاعل كازوني الأدمي و هي طريقة قديمة و إيجابيته ٧٥% . و اختبار الرصاصات الدموية غير المباشر و إيجابيتها ٨٥- ٩٠%

الإيكو و الطبقي المحوري : حيث يحدد موقع الكيسة و علاقتها بالمجاورات لتحديد خطة العلاج

صورة صدر بسيطة : لتحري الكيسات المائية الرئوية و في حال إكتشافها تعالج قبل الكيسات الكبدية

العلاج : العلاج بشكل بدني هو العلاج الجراحي ، أما الدوائي فهو للكيسات الصغيرة المتعددة التي لا تعالج جراحياً و الدواء المستخدم هو الألبندازول و يمكن إعطاؤه كذلك بعد العمل الجراحي منعاً للنكس

و أثناء العمل الجراحي نستخدم سائل قاتل للعديريات (محلول ملحي مفرط التوتر 30% ، أو فلور هيكزيدين أو كحول ٨٠% أو سيتراميد 0,5%)

الكيسات المتكلسة هي كيسات ميتة ، لذلك لا نتدخل عليها إلا إذا أصيبت بإنتان ثانوي

نزف مجاري الصفراء (Hemobilia) : نزح دموي بواسطة القناة الصفراوية المشتركة إلى الإثنى عشر

الأسباب : آ- رضوض مع تهتك كبدي ب- تصوير الأفتية الصفراوية عبر الكبد بطريق الجلد (PTC) ج- الأورام

و الثلاثي التشخيصي : ١- ألم في الربع العلوي الأيمن ٢- نزف هضمي علوي ٣- يرقان

و التشخيص يوضع بالتنظير الهضمي العلوي حيث يخرج الدم من مجل فاتر ، و كذلك إجراء تصوير وعائي

العلاج : تصوير وعائي مع تصميم الوعاء النازف

أورام الكبد

أورام الكبد البدئية السليمة : (الورم الوعائي - غدوم الخلية الكبدية - فرط التنسج العقيدي البؤري)

١- الورم الوعائي الكبدي : (Hemangiomas) : و هو الورم الكبدي السليم البدني الأكثر شيوعاً

الأعراض : الأورام الصغيرة لا عرضية ، و تكشف صدفةً ، أما إذا كبر حجمها < 5 سم يصبح عرضياً و يشكو المريض من آلام بطنية مبهمه

و بالفحص السريري قد يكشف عن كتلة كبدية لينية قابلة للضغط مع سماع لغط Bruit فوق منطقة الكبد

التشخيص : طبقي محوري ، إيكو ، و المرنان و لا يجب إجراء الخزعة لخطورة النزف



الإختلاطات الممكنة : اعتلال تخثر و قصور قلب احتقاني و يرقان انسدادى ،

و متلازمة كاسباخ - ميريت (ورم وعائي و نقص صفائح الدم و نقص فيبرينوجين الدم)

العلاج : مراقبة (< ٩٠%) و في حال الأورام الكبيرة و العرضية بالإستئصال الجراحي

٢- غدوم الخلية الكبدية (Hepatocellular Adenoma) : ورم وحيد غالباً ، ينمو على حساب الخلية الكبدية ،

و العمر الوسطي للحدوث ٣٠-٣٥ سنة ، و النساء < الذكور 9:1 ، و من عوامل الخطر المرافقة حبوب منع الحمل

الأعراض : نصف المرضى هم غير عرضيين ، و عند وجود الأعراض فيشكو المريض من ألم في الربع العلوي الأيمن مع

كتلة و نزف (نادر)

الإختلاطات الممكنة : ١- تمزق مع نزف (٣٣%) ٢- نخر ٣- خطر التحول لسرطانة الخلية الكبدية

التشخيص : الإيكو و الطبقي المحوري و يمكن إجراء الخزعة (يجب نفي الورم الوعائي بتفريس الكريات الحمراء الموسومة)

العلاج : إيقاف حبوب منع الحمل فقد يتراجع ، و العمل الجراحي للورم الغدي هو القاعدة لإحتمال التحول للخباثة أو أن

تفريقه غير مؤكد عن سرطان الخلية الكبدية

٣- فرط التنسج العقيدي البؤري (FNH) : ورم كبدي سليم ، و العمر الوسطي ٤٠ سنة ، و عند الإناث و تترافق مع

حبوب منع الحمل لكن ليس كترافق الغدوم بشكل واضح

و التشريح النسيجي وجود خلايا كبدية طبيعية و قنيات صفراوية (الغدومات لا تحوي قنيات صفراوية)

التشخيص : دراسة نووية بالتكنيسيوم 99-الإيكو و الطبقي المحوري ، تصوير وعائي ، خزعة

و الموجودة الكلاسيكية في CT (كتلة كبدية مع ندبة مركزية)

الإختلاطات الممكنة : الألم و لا خطورة للتسرطن و نادراً جداً النزف

العلاج : استئصال أو تصميم إذا كان المريض عرضياً ، و إلا فمتابعة إذا تم التأكد من التشخيص ،

و يفيد التصميم حيث أورام FNH تتغذى بشريان رئيسي واحد .

سرطان الخلية الكبدية : Hepatoma

هي الخباثة الكبدية الأكثر شيوعاً في الكبد ، و تشكل حوالي 85% من كل أورام الكبد الكبدية الخبيثة

و يكثر في أفريقيا و آسيا ، و الذكور < الإناث

العوامل المؤهبة : فيروس التهاب الكبد B ، C ، التشمع ، أفلاتوكسين (نيفان فطري للرشاشية الصفراء) ، سوء التغذية و

الذنف لدى الأطفال Kwashirkor ، داء الصباغ الدموي ، داء خزن الغليكوجين نمط 1 .

-و نسبة مرضى التشمع الذين يطورون سرطان الخلية الكبدية تقريباً 5%

مجهرياً : سرطان الخلية الكبدية و هو أكثر الأشكال شيوعاً و يكثر لدى المصابين بالتشمع الكبدية و هناك سرطان الأقفنية

الصفراوية داخل الكبد Cholangio Carcinoma و السرطان الكبدية الصفراوي Cholangio Hepato Carcinoma و

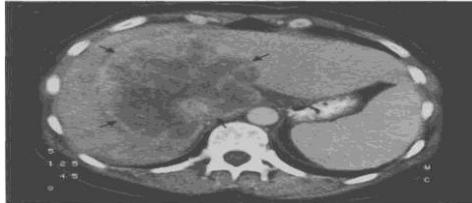
هو شكل مختلط ، و أورام الجذعة الكبدية أو الورم الكبدية الأرومي **Hepato Blastoma** : هو ورم خاص بالأطفال

، و ينشأ على حساب الخلية الكبدية الجنينية غير الناضجة

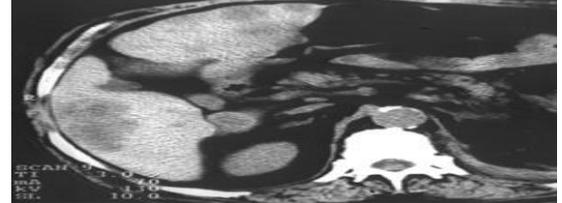
الأعراض : ألم كليل في الربع العلوي الأيمن ، و ضخامة كبدية مؤلمة ، نقص وزن و علامة فرط توتر بابي ، الحبن ،

اليرقان ، الحمى ، فقر الدم

التشخيص : الواسم الورمي ألفافيتوبروتين (مرتفع) ، الخزعة بالإبرة الموجهة بتوجيه الطبقي ،



Hepatoma



multiple metastases

الموضع الأكثر شيوعاً للنقائل هو الرنتان

= سرطان الطرق الصفراوية (Cholangiocarcinoma) : و يشكل 15% من سرطانات الكبد الكبدية ، و يمكن

أن يكون داخل الكبد أو خارج الكبد (ورم Klatskin) .

و إن كيسة القناة الجامعة و داء كارولي مترافقة مع تطور سرطان طرق صفراوية

الأعراض : يرقان متطور مع التهاب طرق صفراوية و نقصان وزن مع أورام كلاتسكين خارج الكبد ، أما السرطانات داخل الكبد فإن الكتلة في الربع العلوي الأيمن هو العرض الأول

خزعة الكبد : - في حالة كتلة زائدة التوعية < 2 سم في صورتين مختلفتين على الإيكو و الطبقي و MRI أو التصوير الوعائي ، - أما كتلة زائدة التوعية < 2 سم في صورة واحدة مترافقة مع معايرة $aFb < 400 \text{ ng/ml}$ فهو تشخيص HCC و الخزعة غير مطلوبة الواسمات الورمية : aFb يوجد فقط في الدورة الجنينية ، و يوجد بتركيز عالي في كتلة كبدية بدنية وفي أورام الخصية .

القيمة الطبيعية : 20 ng/ml . القيمة < 200 يقترح ورم كبد

القيمة < 400 في مريض لديه تشمع مع كتلة زائدة التوعية < 2 سم هي مشخصة

القيمة متوسطة غير نوعية و يمكن أن تحدث في مرض كبد سليم مثل التشمع ، و التهاب كبد مزمن

بعض المرضى يمكن أن يكون لديهم aFb طبيعي و يمكن أن يكون لديهم سرطان كبد متقدم

التشخيص التفريقي : آ- الإنتقالات الكبدية و لكن من وجود التشمع و الأعراض الأخرى يمكن التفريق

ب- الورم الغدي صعب تمييزه عن HCC بالإعتماد على الصورة لوحدها

الإختلاطات : ١- نزف داخل البطن من نزف عفوي ٢- ارتفاع توتر وريد الباب ناتج عن انسداد وريد الباب

٣- متلازمة بودكياري ناتج عن انسداد الأوردة الكبدية ٤- فشل الكبد هو سبب شائع للموت

العلاج : استئصال جراحي إذا أمكن (مثلاً استئصال فص) و بدون وجود تشمع ، زرع كبد (سرطان الخلية الكبدية هو الآفة الوحيدة و الصلبة و الذي يلعب زرع الكبد دور هام على عكس سرطان الطرق الصفراوية فلا دور لزرع الكبد فيه)

و حقن الورم بالإيتانول 95% عبر الجلد للكتل الصغيرة غير قابلة للإستئصال ، و التصميم الوعائي و العلاج الكيماوي داخل الشريان (Doxorubicin , mitomycin , Cisplatin) و كذلك طريقة العلاج ب Radiofrequency

سرطانات الكبد الثانوية : (Metastatic Tumors to the Liver) :

أكثر مشاهدةً من الورم البدئي بعشرين مرة ، تأتي النقائل من مصادر مختلفة (سرطانات الإنبوب الهضمي ، الثدي ، الدرق ، الجهاز البولي التناسلي)

تصل النقائل الى الكبد عن طريق الدوران البابي أو الطريق اللفاوي أو الطريق الشرياني ، أو الإنتشار المباشر

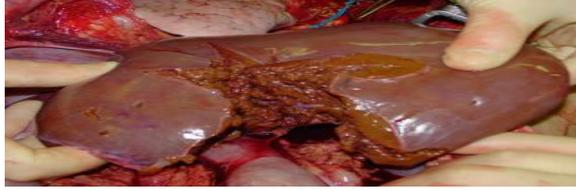
يبين الفحص السريري وجود ضخامة كبدية معقدة قاسية مع أعراض الورم الأولي

الإيكو و الطبقي و عيار الواسم الورمي CEA

العلاج :لأجل الإنتقالات الكبدية فإن العلاج الكيماوي هو الهدف ، و الجراحة في حالة النقيلة الوحيدة أو المحدودة ومن منشأ كولوني

الرضوض

يعتبر الكبد من أكثر أحشاء البطن عرضةً للأذية و يمكن أن تكون مغلقة أو نافذة



آ-رضوض الكبد المغلقة : و هي الأكثر مصادفةً ، لكون الكبد محصوراً بين الأضلاع و العمود الفقري و الحجاب الحاجز ، فهو عرضةً للأذية بسبب كبر حجمه و الفص الأيمن < الأيسر

تحدث الرضوض عن حوادث السير ، أو السقوط من شاهق ، و قد تكون الإصابة الكبدية معزولة أو تكون مشاركة لكسور الأضلاع
تصنيف الأذية :

درجة 1 : ورم دموي تحت المحفظة غير متمدد > 10% من سطح الكبد ، أو تمزق المحفظة غير نازف > 1 سم بالعمق

درجة 2 : ورم دموي تحت المحفظة يمتد 10-50% من السطح أو تمزق المحفظة و بعمق 1-3 سم في البارانشيم الكبدية .

درجة 3: ورم دموي < 50% من السطح أو تمزق المحفظة و نزف فعال ، أو تمزق بالعمق < 3 سم

درجة 4: تمزق الورم داخل البارانشيم مع نزف فعال ، أو تمزق البارانشيم < 50 % من فص كبدية

درجة 5+6: أذية الأوردة الكبدية و انقلاع الكبد أو انفصال أجزاء من الكبد

الأعراض و العلامات :

ألم شديد في المراق الأيمن مع أعراض النزف (شحوب، برودة الأطراف ، تعرق ، تسرع نبض، تسرع تنفس مع زلة و هبوط الضغط)

بالفحص نجد تقفع و صلابة في جدار البطن نتيجة التخريش ، و ألم بالجس و مضمض Tenderness و بالإصغاء نجد غياب الحركات الحوية و المس الشرجي مؤلم

التشخيص : الإيكو و الطبقي المحوري الذي يقدر درجة الأذية .

العلاج : المريض بحالة صدمة و غير مستقر ينقل مباشرة إلى غرفة العمليات ، أما إذا كان مستقرًا فنتابع الإستقصاءات و مراقبة العلامات الحوية ، و هناك طريقة غسل البريتوان التشخيصي (DPL) و بوجود الإيكو قل استخدامها .

أغلب رضوض الكبد تستجيب للعلاج المحافظ و بنسبة 70% و خاصةً عند الأطفال و ذلك بتحسين الحالة العامة و نقل الدم و مراقبة العلامات الحوية و الخضاب

و في الحالات الشديدة و عند استمرار النزف نلجأ إلى فتح البطن الإستقصائي و ذلك لإرقاء النزف الدموي أو النز الصفراوي أو إستئصال الجزء المصاب من الكبد

و نقوم بالضغط على الرباط الكبدية العفجي (مناورة برنغل) للإغلاق المؤقت للشريان الكبدية و وريد الباب ، و يمكن إجراؤه لمدة 15-20 دقيقة من أجل السيطرة على النزف .

ب- رضوض الكبد النافذة : و تحدث إما بالسلاح الأبيض أو المرامي النارية و يتم التداخل الجراحي دون تأخير و في بعض الحالات يتم دك الكبد بالشانات و يتم رفعها بعد 48-72 ساعة من أجل السيطرة على النزف .

الإختلاطات :

١- الخراجات و خاصةً في الرضوض المفتوحة ٢- تدمي الصفراء (Hemobilia) و النواسير نتيجة إصابة الأقنية الصفراوية

