

الألم البطني Abdominal pain

- الشكاية الهضمية الأكثر شيوعاً على الإطلاق , يشكل نسبة كبيرة من المراجعات الطبية في العيادة الهضمية , العيادة العامة , قسم الإسعاف .
- الألم البطني قد يكون من منشأ عضوي (قرحة هضمية , ألم صفراوي , التهاب بنكرياس....الخ) أو وظيفي (IBS , عسر هضم وظيفي...الخ) .
- الخطورة تتراوح من أسباب مهددة للحياة (انتقاب حشا اجوف , الاقفار المساريقي الحاد والاحتشاء المساريقي , تمزق ام دم ابهرية بطنية ..) الى الأسباب الحميدة.
- يمثل تحدي كبير للأطباء لان له العديد من الأسباب الطبية والجراحية والنسائية بالإضافة الى الأسباب خارج البطنية لذلك لابد من مقاربة منهجية systematic approach من اجل التوصل للسبب ومن ثم التدبير المناسب .
- يصنف الألم البطني حسب المدة الى :
 - 1- ألم بطني حاد acute abdominal pain هو الألم الذي يستمر لبضعة أيام (اقل من أسبوع)
 - 2- ألم بطني مزمن chronic abdominal pain هو الألم الذي يحدث بشكل مستمر او بشكل متقطع لمدة 6 أشهر على الأقل.
 - 3- ألم بطني تحت حاد subacute abdominal pain ألم بطني استمر لمدة أكثر من أسبوع ولا يتجاوز 6 اشهر .
- مطلق البطن الحاد Acute abdomen يعكس وجود ألم بطني ذو بدء مفاجئ وشديد وعفوي (غير رضي) لم يمض عليه أكثر من 24 ساعة ويتطلب الاستقصاء والتدبير السريع . ويصنف حسب طريقة التدبير الى:
 - A. بطن حاد جراحي surgical acute abdomen ← التدبير الأساسي هو التداخل الجراحي بشكل اسعافي (انتقاب حشا اجوف , الاحتشاء المساريقي , التهاب الزائدة الدودية الحاد , تمزق حمل هاجر , تمزق ام دم ابهرية بطنية...)
 - B. بطن حاد غير جراحي ← التدبير طبي محافظ (التهاب البنكرياس الحاد , الألم الصفراوي , القولنج الكلوي , DKA , احتباس بولي حاد , FMF.....)

مقاربة مريض الألم البطني approach to the patient with abdominal pain

المقاربة او التقييم يجب ان يتم وفق الترتيب التالي :

History القصة المرضية ← Physical examination فحص سريري ← Investigations استقصاءات

History القصة المرضية

- اخذ قصة مرضية مفصلة يعتبر العنصر الأساسي في التوصل للتشخيص .
- العمر ← التهاب الزائدة الدودية الحاد اكثر شيوعاً في العقد الثاني والثالث.
- الاقفار المساريقي الحاد والمزمن اشيع في الاعمار المتقدمة
- ألم بطني حاد في القسم العلوي من البطن عند شخص بعمر <50 سنة يجب نفي الأسباب القلبية أولاً
- بدء الألم بعمر <50 سنة يرجح السبب العضوي أكثر من الوظيفي
- الجنس ← ألم في القسم السفلي من البطن عند انثى يجب ان نفكر بالاسباب النسائية للألم البطني (انفال او تمزق كيسة مبيض , حمل هاجر , داء حوضي التهابي PID , menstrual cramps....)
- المهنة ← بعض المهن تؤهب للانسمام بالرصاص (صياغة المجوهرات , صناعة البطاريات , الدهان ...)
- العادات ← alcohol abuse يؤهب ل : التهاب البنكرياس الحاد والمزمن , التهاب كبد كحولي
- Opioids الافيونات ← narcotic bowel syndrome
- الكوكائين ← اقفار مساريقي حاد
- السوابق المرضية :
 - حصيات مرارية ← ألم صفراوي , التهاب بنكرياس حاد , التهاب مرارة حاد , التهاب طرق صفراوية صاعد
 - حصيات كلوية ← قولنج كلوي
 - قرحة هضمية مع ألم بطني حاد وعلامات بريطوانية ← قرحة مثقوبة

داء سكري ← DKA

تشمع مع ألم بطني حاد ← انتان سائل حبن عفوي , خثار وريد باب حاد

داء قلبي اقفاري ← احتشاء عضلة قلبية , اقفار مساريقي حاد

رجفان اذيني AF , داء وعائي محيطي ← اقفار مساريقي حاد

ارتفاع شحوم ثلاثية ← التهاب بنكرياس حاد

ذئبة حمامية جهازية ← خثرات في اوعية البطن (خثار وريد باب , متلازمة بود كيارى)

السوابق الجراحية :

تداخل جراحي سابق على البطن (خاصة في القسم السفلي من البطن) ← التصاقات ← انسداد امعاء

استئصال معدة جزئي ← تقرحات حواف المفاغرة

جراحة بدانة ← حصيات صفراوية (فقد الوزن السريع) , gastric band complications

القصة الدوائية :

NSAIDs ← داء قرحي Peptic ulcer disease , التهاب معدة او عفج تسحجي erosive gastritis or duodenitis

استخدام الستيروئيدات المديد ← يبدل التظاهر الوصفي لبعض الامراض + يقنع العلامات البريتوانية بالفحص السريري

موانع الحمل الفموية OCP ← خثرات في اوعية البطن

استخدام الصادات في الآونة الأخيرة ← التهاب كولون بالمطثيات الصعبة CDI

السوابق العائلية :

FMF حمى البحر المتوسط , IBD الداء المعوي الالتهابي , CRC سرطان الكولون والمستقيم

نحدد مواصفات الألم البطني abdominal pain characteristics :

1- المكان الرئيس ل الألم (Location) main site

2- الانتشار Radiation

3- سير الألم course of pain (العناصر الزمنية Temporal elements)

4- نوعية (طبيعة) الألم Quality or nature of pain

5- شدة الألم Intensity of pain

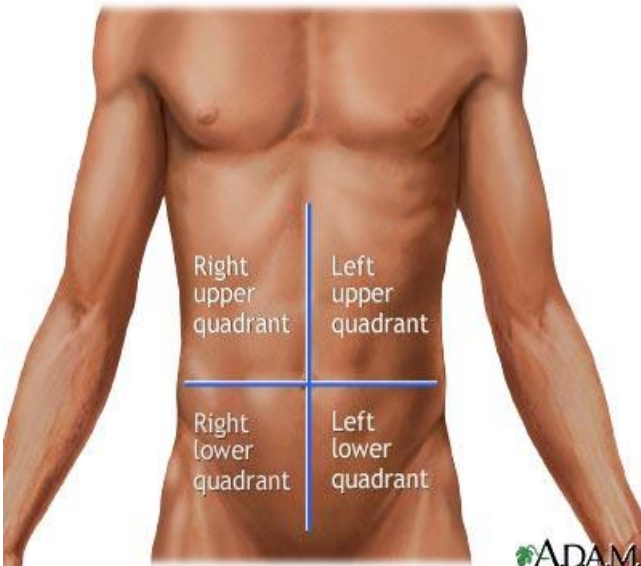
6- العوامل المثيرة والمخففة ل الألم Aggravating and Relieving factors

7- الاعراض المرافقة Associated symptoms

المكان الرئيس ل الألم main site

لتسهيل دراسة الألم البطني (وكذلك لتوصيف توضع الموجودات غير الطبيعية بفحص البطن) تم تقسيم البطن عبر خطوط او مستويات تخيلية imaginary lines or planes الى :

A. اربعة ارباع 4 quadrants من خلال خط افقي وخط عمودي يتقاطعان بمستوى السرة



1- ربع علوي ايمن (RUQ) Right upper quadrant

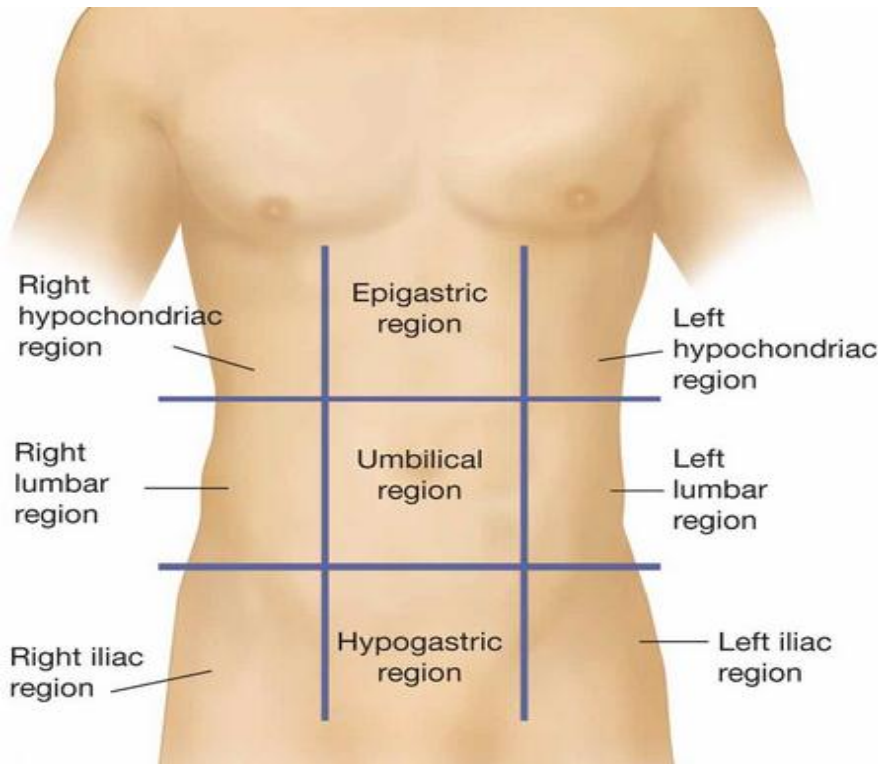
2- ربع سفلي ايمن (RLQ) Right lower quadrant

3- ربع علوي ايسر (LUQ) Left upper quadrant

4- ربع سفلي ايسر (LLQ) Left lower quadrant

B. تسع نواحي 9 Regions من خلال خطيين عموديين (خط منتصف الترقوة الأيمن واليسر) + خطيين أفقيين (العلوي يمر اسفل الحافة الضلعية والسفلي يمر بالحدبتين الحرقفتين خلق الشوك الحرقفي الامامي العلوي بمسافة 5 سم)

- 1- الناحية الشرسوفية Epigastric region
- 2- المراق الأيمن Right hypochondrium
- 3- المراق اليسر Left hypochondrium
- 4- الناحية السرية Umbilical region
- 5- الخاصرة اليمنى Right flank أو تدعى بالناحية القطنية اليمنى right lumbar region
- 6- الخاصرة اليسرى Left flank أو تدعى بالناحية القطنية اليسرى left lumbar region
- 7- الحفرة الحرقفية اليمنى Right iliac fossa
- 8- الحفرة الحرقفية اليسرى Left iliac fossa
- 9- الناحية الختلية hypogastric region (الناحية فوق العانة suprapubic region)



- نطلب من المريض ان يشير بيده الى اكثر منطقة مؤلمة في البطن
- تحديد مكان الألم يفيد في التوجه السريري وحصر التشخيص التفريقي للألم البطني

A. ألم في الناحية الشرسوفية epigastric pain

- 1- احتشاء عضلة قلبية MI هو اول واهم سبب يجب التفكير به عند وجود ألم بطني حاد في القسم العلوي من البطن عند مريض بعمر < 50 سنة خاصة اذا كان لديه سوابق CAD او عوامل خطورة قلبية ويتم نفيه من خلال اجراء ECG .
- 2- قرحة هضمية PUD
- 3- ألم صفراوي Biliary pain
- 4- مريئي المنشأ (GERD , التهابات المري)
- 5- ألم بنكرياسي (التهاب بنكرياس حاد او مزمن , كيسة بنكرياسية , ورم بنكرياس)
- 6- وعائي : تمزق ام دم ابهريه بطنية Rupture of AAA , تسلخ ابهر Aortic dissection

B. ألم في الربع العلوي الأيمن Pain in RUQ

- 1- الأسباب الصفراوية (الم صفراوي , التهاب مرارة حاد , التهاب طرق صفراوية)
- 2- الأسباب الكبدية (بالتحديد الامراض التي تسبب زيادة سريعة بحجم الكبد ← تمطط محفظة الكبد مثل التهاب الكبد الحاد الفيروسي , التهاب الكبد الكحولي , متلازمة بود كيارى) باقي الأسباب الكبدية مثل الخراجة الكبدية اورام الكبد .
- 3- كلوي المنشأ (قولنج كلوي , التهاب حويضة وكلية)
- 4- ألم رجيع referred pain ← ذات رئة او صمة رئوية في الفص السفلي الأيمن

C. ألم في الربع العلوي الأيسر Pain in LUQ

1. طحالي المنشأ (ضخامة عرطلة , تمزق , احتشاء , خراجة)
2. كلوي المنشأ (قولنج كلوي , التهاب حويضة وكلية)
3. ألم رجيع (ذات رئة او صمة رئوية في الفص السفلي الأيسر)

D. ألم في الناحية السرية Pain in umbilical region

1. التهاب معدة وامعاء
2. انسداد امعاء
3. اقفار مساريقي
4. قولنج معوي
5. التهاب زائدة دودية بالمراحل المبكرة
6. وعائي (تسلخ ابهر , تمزق ام دم ابهرية بطنية)

E. ألم في الربع السفلي الأيمن pain in RLQ

1. التهاب الزائدة الدودية الحاد Acute appendicitis هو اول سبب يجب ان نفكر به عند جميع المرضى بكافة الاعمار الا اذا كان المريض مستأصل الزائدة سابقا .
2. التهاب العقد المساريقية mesenteric adenitis
3. القولنج الكلوي Renal colic
4. داء كرون CD
5. التهاب كولون خمجي
6. عند الذكور قد يكون الألم رجيع من منشأ صفني (انفثال خصية , التهاب بربخ)
7. عند الاناث قد يكون من منشأ نسائي (تمزق حمل هاجر , انفثال او تمزق كيسة مبيض , داء حوضي التهابي)

F. ألم في الربع السفلي الأيسر Pain in LLQ

- 1- التهاب الرتوج Sigmoid diverticulitis (شائع بالعمار المتقدمة)
- 2- التهاب كولون اقفاري Ischemic colitis (شائع بالاعمار المتقدمة)
- 3- قولنج كلوي
- 4- التهاب كولون خمجي او قرحي
- 5- عند الذكور قد يكون رجيع من منشأ صفني (انظر الى الأسباب السابقة في الأعلى)
- 6- عند الاناث قد يكون نسائي المنشأ (انظر الى الأسباب السابقة في الأعلى)

G. ألم في الخصرة اليمنى أو اليسرى Pain in right or left flank

- 1- كلوي المنشأ (قولنج كلوي , التهاب حويضة وكلية , خراجة كلوية ...)
- 2- ألم هيكلي (فتق نواة لبية , شد عضلي muscle strain.....)

H. ألم في الناحية الختلية Hypogastric pain

- 1- التهاب المثانة Cystitis
- 2- احتباس بولي حاد acute urinary retention
- 3- التهاب كولون (خمجي , قرحي ...)
- 4- نسائي المنشأ (endometriosis , menstrual cramps , داء حوضي التهابي ...)

أ. ألم بطني معمم Diffuse abdominal pain

- 1- انتقاب حشا أجوف (قرحة مثقوبة , انتقاب مرارة ملتهبة , انتقاب زائدة ملتهبة)
- 2- الاقفار المساريقي الحاد والاحتشاء المساريقي
- 3- التهاب البريتوان
- 4- متلازمة الأمعاء الهيجية IBS
- 5- حمى البحر المتوسط FMF
- 6- الأسباب الغدية والاستقلابية (DKA , البورفيريا الحادة المتقطعة AIP , قصور كظر حاد.....)

الانتشار Radiation

- الانتشار هو حدوث الألم في مناطق أخرى من الجسم مع استمرار بقاءه في المكان الرئيس .
 - الألية ← وجود تعصيب جنيني مشترك.
 - نسأل المريض هل الألم محصور في مكانه ؟ أم انه ينتشر لمناطق أخرى مثل الكتفين والظهر والمغبن ؟
 - اهم الأمثلة حول انتشارات الألم :
- 1- الألم الصفراوي Biliary pain ← المكان الرئيس في الشرسوف أو في الربع العلوي الأيمن , يمكن ان ينتشر الى لوح الكتف الأيمن right scapula أو لمنتصف الظهر
 - 2- التهاب المرارة الحاد acute cholecystitis ← المكان الرئيس هو الربع العلوي الأيمن , يمكن ان ينتشر للكتف الأيمن
 - 3- الألم البنكرياسي ← المكان الرئيس في الشرسوف و ينتشر الى منتصف الظهر بشكل زناري في 50% من الحالات
 - 4- القولنج الكلوي ← المكان الرئيس في الخصرة وينتشر نحو الامام والاسفل باتجاه المغبن والأعضاء التناسلية الظاهرة
 - 5- تمزق الطحال ← المكان الرئيس هو الربع العلوي الايسر وينتشر الى الكتف الايسر (علامة كير kehr sign)
- ملاحظة: في انتقاب القرحة الهضمية الألم في البداية يكون موضع في الشرسوف ومن ثم يصبح معمم بكامل البطن بسبب حدوث التخريش البريتواني بالحمض المعدي
- ملاحظة: انتقال الألم movement of pain هو غياب الألم في المكان الرئيس وانتقاله لمنطقة أخرى ومن اهم الأمثلة حول ذلك هو التهاب الزائدة الدودية الحاد حيث يكون الألم في البرداية في الناحية السرية ثم ينتقل ليصبح في الحفرة الحرقفية اليمنى .

سير الألم (العناصر الزمنية) (Course of pain (Temporal elements))

A. المدة Duration

- منذ متى والمريض يعاني من الألم (ساعات – أيام – أسابيع – اشهر – سنوات) ← نميز بين الألم البطني الحاد والمزمن

- هل يوجد نوب ألمية سابقة ؟ في حال وجودها ← نقارن بين الألم الحالي والسابق

B. هل الألم مستمر Constant أم متقطع intermittent (نوبي = متردد)

- ألم بطني مستمر :

- 1- ألم التهابي (التهاب بنكرياس حاد , التهاب زائدة , التهاب مرارة , التهاب بريتوان
- 2- الاقفار المساريقي الحاد والاحتشاء المساريقي
- 3- انتقاب حشا اجوف

- 4- الخبثات البطنية في المراحل المتقدمة

- ألم بطني متردد بشكل نوبي يجب ان نستقر عن مدة النوبة + تواتر النوب
اهم أسباب الألم المتقطع :

- 1- الألم القولنجي Colicky pain (قولنج كولوني أو معوي واهم أسبابه : IBS , التهاب امعاء وكولون , انسداد امعاء...) قولنج كلوي Renal colic
- 2- الألم الصفراوي 3- القرحة الهضمية 4- التهاب بنكرياس مزمن 5- اقفار مساريقي مزمن
- 6- أسباب أخرى (FMF , بورفيريا حادة متقطعة)

C. سرعة البدء والتقدم : speed of onset and progression

A. ألم ذو بدء مفاجئ ويصل لذروته (من حيث الشدة) بسرعة (خلال دقائق) يوجه ل :

1- الانتقاب perforation

2- الاقفار المساريقي الحاد acute mesenteric ischemia

3- احتشاء عضلة قلبية MI

4- تمزق حمل هاجر

5- تمزق ام دم ابهرية او تسليخ ابهر

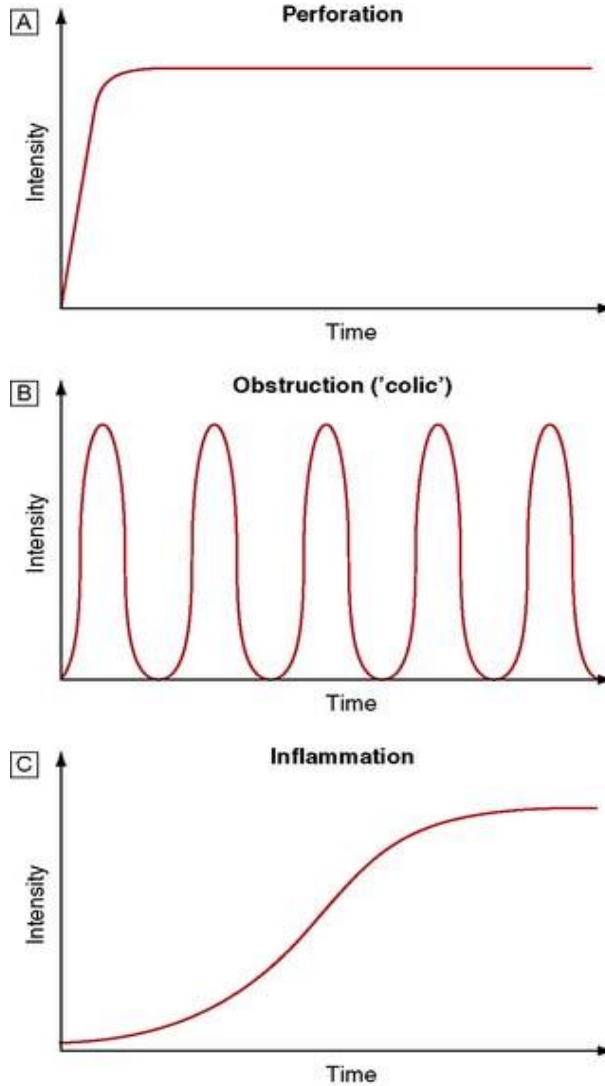
B. ألم يزداد بالشدة بشكل تدريجي (خلال ساعات) يوجه للأسباب الالتهابية (التهاب بنكرياس حاد , التهاب زائدة دودية , التهاب مرارة)

C. الألم القولنجي Colicky abdominal pain هو ألم نوبي يستمر لبضع دقائق ويمتاز ببداية وانتهاء مفاجئ مع زوال الألم بين النوب

اهم الأمثلة حول الألم القولنجي الحقيقي هو القولنج المعوي والكولوني (IBS , التهاب المعدة و امعاء , التهاب كولون خمجي , انسداد امعاء , IBD)

اما بالنسبة للقولنج الكلوي والقولنج الصفراوي فهي مصطلحات غير دقيقة لسببين : الأول هو استمرار الألم لساعات والثاني عدم زوال الألم بشكل نهائي بين النوب

الصورة التالية توضح العلاقة بين الشدة والوقت لنماذج الألم السابقة



نوعية (طبيعة) الألم Quality (nature) of pain

- نطلب من المريض ان يحاول قدر المكان توصيف طبيعة الألم الذي يشعر به (ألم حارق , حافر , طاعن ...)
 - طريقة التعبير عن الألم تختلف من شخص الى اخر (شخصاني subjective) وبالتالي فان هذه الصفة للألم لا تملك قيمة تشخيصية هامة , نذكر اشع الأمثلة حول طبيعة الألم :
- 1- ألم حارق Burning أو حافر Gnawing ← يعبر عن acid related pain مثل القرحة الهضمية peptic ulcer disease او القلس المعدي المريئي GERD
 - 2- ألم طاعن Stabbing (يشبه طعنة السكين أو الخنجر) ← انتقاب perforation
 - 3- ألم ممزق tearing ← ألم وعائي المنشأ (تمزق ام دم ابهرية او تسلخ ابهر)

شدة الألم Severity (Intensity) of pain

- عتبة الألم تختلف من شخص الى اخر (شخصاني Subjective) ولتحديد شدة الألم نوجه الأسئلة التالية :
- 1- نطلب من المريض ان يحدد شدة الألم وفق مقياس scale يتراوح من 1←10
 - 2- هل الألم يعيق عن أداء المهام اليومية ؟ نعم ← ألم شديد
 - 3- هل ألم يجعل المريض غير قادر على النوم او يوقظ من النوم ؟ نعم ← ألم شديد
 - 4- هل الألم دفع المريض لطلب المساعدة الطبية (راجع قسم الإسعاف فوراً) ؟ نعم ← ألم شديد
 - 5- ألم يستجيب فقط على المسكنات المركزية ؟ نعم ← ألم شديد

العوامل المثيرة والمخففة للألم Aggravating (triggers) and relieving factors

- نسأل عن الأمور التي تثير او تزيد شدة ألم (المريض يميل لتجنبها) وعن الأمور التي تخفف الألم
 - نسأل عن علاقة الألم ب : الطعام والجوع , الوضعية والحركة , عادات التغوط , المسكنات
 - الطعام والجوع : هل تناول الطعام يحرض او يزيد من شدة الألم ؟ اذا نعم ← نستفسر عن الفترة الفاصلة بين تناول الطعام و حدوث الألم , اهم الأمثلة حول الألم البطني الذي يثار بتناول الطعام
- 1- الألم الصفراوي ← يمكن ان يتعرض بتناول الأطعمة الدسمة fatty food بعد حوالي ساعتين , رغم ان اغلب نوب الألم الصفراوي تحدث دون تناول الطعام
 - 2- القرحة المعدية ← ألم يتعرض خلال 30 دقيقة من تناول الطعام
 - 3- الاقفار المساريقي المزمن ← ألم يتعرض خلال 30 دقيقة من تناول الطعام
 - 4- الألم البنكرياسي
 - 5- IBS
- ملاحظة : في القرحة العفجية الألم البطني يحدث اثناء الصيام (الجوع لذلك يدعى hunger pain) ويخف بتناول الطعام
- الوضعية والحركة : ألم بطني يخف بالجلوس والانحناء نحو الامام ← ألم بنكرياسي , ألم بطني يزداد بالحركة (المريض يتجنب الحركة) ← تخريش بريتيوان جداري (انتقاب حشا اجوف , التهاب زائدة دودية)
 - ألم بطني يخف بالتغوط وإخراج الغازات defecating and passing flatus ← ألم كولوني (IBS ...)
 - استجابة الألم للمسكنات :
- 1- ألم بطني يخف باستخدام الادوية المضادة للتشنج antispasmodic agents ← ألم قولنجي
 - 2- ألم بطني يخف باستخدام NSAIDS ← ألم صفراوي , قولنج كلوي
 - 3- ألم لا يستجيب للمسكنات التقليدية ويستجيب فقط للمسكنات المركزية ← ألم بنكرياسي , انتقاب حشا اجوف , اقفار او احتشاء مساريقي

- هل يوجد شكايات مرافقة للألم البطني (هضمية او غير هضمية) ؟
A. الشكايات الهضمية المرافقة :
1- الغثيان والاقياء ← التهاب المعدة و امعاء , قرحة هضمية , انسداد امعاء , الأسباب البطنية الالتهابية (التهاب بنكرياس حاد , التهاب مرارة حاد , التهاب زائدة دودية حاد ...) , ألم صفراوي , قولنج كلوي , احتشاء عضلة قلبية , DKA
2- تبدل بعدادات التغوط ← اسهال حاد مائي ← التهاب المعدة و امعاء
← اسهال حاد التهابي (مخاطي , مدمى) ← التهاب كولون خمجي , التهاب كولون افقاري
← اسهال مزمن التهابي ← IBD
← امساك مزمن ← IBS
← توقف خروج للبراز والغازات ← انسداد امعاء
3- يرقان ← امراض الكبد والطرق الصفراوية Hepatobiliary disease (حصيات صفراوية , التهاب طرق صفراوية , التهاب كبد حاد ...)
4- نقص وزن غير مقصود ← نشك بالخبثات , مرض مزمن (IBD..)
B. الشكايات الأخرى :
1- ترفع حروري ← نفكر بالاسباب الالتهابية (التهاب زائدة دودية حاد , التهاب مرارة حاد , التهاب طرق صفراوية , التهاب بنكرياس , التهاب حويضة وكلية , خراجة بطنية , التهاب بريتوان , حمى بحر متوسط...)
2- اعراض بولية ← ألم خاصرة مع بيلة دموية ← قولنج كلوي
← بول غيمي عكر , تعدد بيلات , عسر تبول ← انتان بولي

الفحص السريري لمريض لديه ألم بطني حاد

- اول وأهم خطوة بالفحص هو تقييم حسب ABC approach (airway , breathing , circulation) مع اخذ العلامات الحيوية Vital signs حيث يجب التفريق بين المريض المستقر stable والمريض غير المستقر unstable (مريض لديه عدم استقرار هيموديناميكي , اضطراب بدرجة الوعي , تسرع تنفس شديد) ← نفكر بوجود امراضية خطيرة داخل البطن (انتقاب حشا اجوف , احتشاء مساريقي , تمزق ام دم ابهر بطني ...)
تأمين خط وريدي محيطي مع البدء بالانعاش بالسوائل الوريدية في حال وجود وهط دوراني
فحص البطن يتألف من الخطوات التالية :

1- التأمل Inspection :

- هل البطن منتفخ (يوجد حركات بجدار البطن اثناء التنفس) ؟ كلا ← بطن غير منتفخ ← احد العلامات البريتوانية ← بطن جراحي
- هل يوجد كبر معمم بحجم البطن generalized abdominal distension ← نفكر بال 5Fs (fluid , fetus , feces , flatus , fat) وعند مريض ألم بطني حاد نفكر بانسداد الأمعاء (غازات وبراز flatus & feces)
وجود نذبات جراحية في جدار البطن ← نفكر بانسداد الأمعاء
وجود فتق بجدار البطن ← هل الفتق غاصص او مختنق ← انسداد امعاء
وجود لون ازرق تكلمي حول السرة (علامة كالن) او في الخاصرة (غري تورنر) ← نزف خلف البريتوان في سياق التهاب بنكرياس نخري أو تمزق أم دم ابهر بطني

2- الاصغاء Auscultation :

- نصغي الحركات المعوية bowel sounds (ايمن أو ايسر السرة بمسافة 2سم) هل هي مسموعة؟ أم غائبة ؟ في حال كانت مسموعة نحسب التواتر حيث ان التواتر الطبيعي يتراوح من 3-8 حركة/ دقيقة
- في حال وجود حركات معوية مشتدة hyperactive bowel sounds (> 8 /د) مع ارتفاع باللحن high pitched tingling quality (يشبه الصوت المعدني) ← نفكر بالانسداد الميكانيكي للأمعاء

- غياب الحركات المعوية absent bowel sound (نصغي لمدة دقيقتين عل الأقل قبل الحكم بغياب الأصوات) ←
نوجه للخلل المعوي paralytic ileus الذي يعتبر احد العلامات البريتوانية
- سماع abdominal bruit (حفيف = لغط) اعلى السرة ← جريان دموي مضطرب في الالبهر(عصيدة أو أم دم)

3- الجس Palpation :

- الأهم هو اجراء جس سطحي لكامل البطن لتحري الايلام والدفاع البطني
الايلام (المضمض) Tenderness هو الألم المحرض اثناء جس البطن ويعكس وجود تخريش بريوتواني (تخريش لوريفة البريتوان الجدارية) الذي قد يكون
- 1- التهابي (موضع ← التهاب بنكرياس , التهاب مرارة , التهاب رتوج , التهاب كبد حاد , التهاب زائدة أو معم ← التهاب بريوتوان)
- 2- كيميائي (تخريش بالحمض المعدي في القرحة المثقوبة , تخريش بالصفراء في انتقاب المرارة الواتسريب الصفراوي ...الخ)
- الدفاع Guarding يقصد به وجود قساوة بجس عضلات جدار البطن (البطن تصبح قاسية rigid) والتفسير هو حدوث تقلص لإرادي involuntary contraction بعضلات البطن عند وجود تخريش بريوتواني
- ملاحظة: الدفاع والايلام يعتبران من اهم العلامات البريتوانية peritoneal signs التي توجه للبطن الجراحي (الدفاع بالدرجة الأولى والايلام بالدرجة الثانية)
- ملاحظة : الايلام قد يكون موضع او معم بكامل البطن

يجب التمييز بين الدفاع الحقيقي true guarding (الدفاع اللاإرادي involuntary guarding) عن الدفاع الكاذب false guarding (الدفاع الإرادي voluntary guarding الذي يكون مفتعل من قبل المريض بسبب الألم) من خلال ← تشتت انتباه المريض اثناء الجس (الحقيقي يبقى محافظ على نفس المقوية اما الكاذب فنجد تفاوت المقوية بين القاسي واللين) .

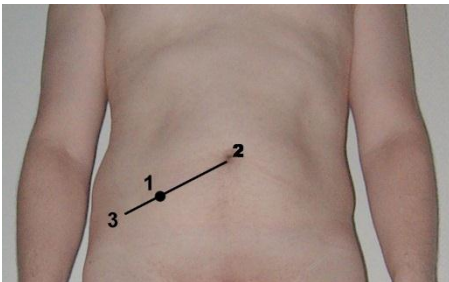
← نراقب تبدل المقوية اثناء التنفس (نطلب من المريض اخذ نفس عميق) حيث في الدفاع الحقيقي تبقى المقوية قاسية بكامل الدورة التنفسية أما الدفاع الكاذب فنلاحظ حدوث ارتخاء بالمقوية اثناء الشهيق.

4-القرع percussion:

- قرع البطن بالحالة الطبيعية هو Resonance (رنانة = وضاحة) بسبب وجود الغازات ضمن الأمعاء
- في حال وجود كبر بحجم البطن فأن القرع يفيد بالتوجه للسبب :
في حال كانت طبليية tympany ← انسداد امعاء
اصمية منتقلة shifting dullness ← حبن
- غياب اصمية الكبد بالقرع ← انتقاب حشا اجوف

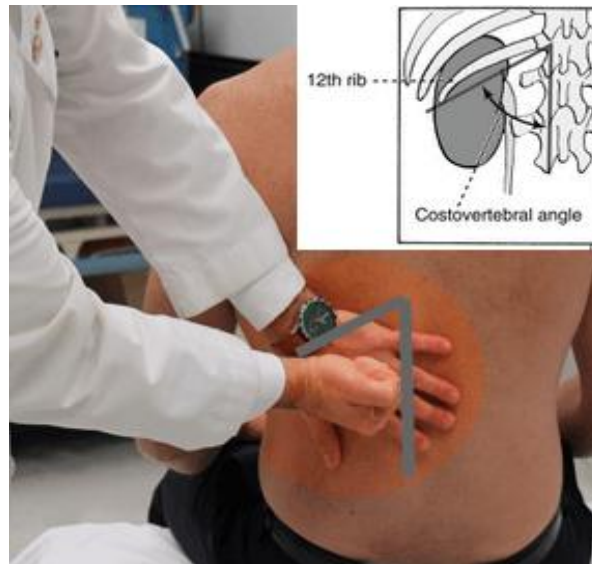
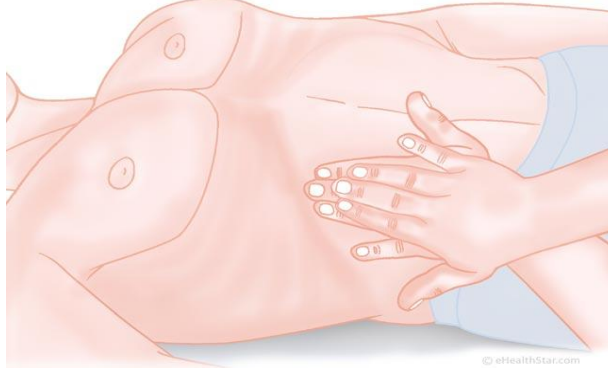
نستكمل الفحص السريري للبطن بأجراء :

- المس الشرجي rectal examination (يفيد في كشف النزف الهضمي , السدادة البرازية , كتل المستقيم ...)
- فحص المغبن (كشف الفتق الاربي والفخذي) والأعضاء التناسلية الخارجية عند الذكور عند الشك بأفة ضمن الصفن (انتقال خصية , التهاب بريح)
- تحري العلامات الخاصة special signs عند التوجه لمرض معين مثل :
A. عند الشك بالتهاب زائدة دودية حاد ← نتحرى علامة ماك بورني Mc burney sign (نرسم خط وهمي يصل بين الشوك الحرقفي الامامي العلوي ASIS والسرة ومن ثم نضغط بالاصبع في نقطة التقاء الثلث السفلي مع الثلثين العلويين ← وجود ايلام ← علامة إيجابية



- B. علامة مورفي Murphy sign عند الشك بالتهاب مرارة حاد
نطبق ضغط يدوي على منتصف الحافة الضلعية اليمنى (بمستوى الضلع التاسع) ونطلب من المريض اخذ
نفس عميق (شهيق عميق) ونراقب حيث في حال حدوث توقف للنفس (عدم قدرة المريض على استكمال النفس
العميق بسبب ارتطام قاع المرارة الملتهبة بالأصبع الجاسة ← اثارة ألم) ← علامة إيجابية
- C. تحري الأيلام في الزاوية الضلعية الفقرية costovertebral angle tenderness (الرج القطني) في حال
كان إيجابي نتوجه للانسداد البولي الحاد (قولنج كلوي) أو التهاب حويضة وكلية

Murphy's Sign



الاستقصاءات في الألم البطني الحاد abdominal pain

- يتم طلب الاستقصاء المناسب حسب التوجه السريري من خلال القصة المرضية والفحص السريري حيث ان الهدف من اجراء الاستقصاء هو لتأكيد التشخيص
- هنالك فحوص مخبرية وشعاعية

الفحوصات المخبرية Lab tests

في الألم البطني الحاد هنالك فحوص مخبرية روتينية وحسب التوجه

A. الفحوص الروتينية :

Serum amylase , RFTs (BUN+ Cr) , Electrolyte (Na- k) , Glucose , CRP ,CBC

- وجود ارتفاع بالكريات البيض على حساب العدلات مع ارتفاع CRP ← يوجه للسبب الالتهابي (التهاب زائدة دودية , التهاب مرارة , التهاب بنكرياس , التهاب مرارة) علما ان غياب الارتفاع لا ينفي الأسباب السابقة وخاصة عند المرضى المسنين ومضعفي المناعة
- ارتفاع سكر الدم عند مريض سكري ← يجب ان نفكر بال DKA كسبب للألم البطني
- ارتفاع اميلاز المصل ≤ 3 اضعاف الحد الأعلى للطبيعي ← التهاب بنكرياس حاد (الاميلاز يمكن ان يرتفع > 3 اضعاف في سياق أسباب أخرى للألم البطني مثل dka , انتقاب حشا اجوف , تمزق حمل هاجر الاحتشاء المساريقي ...)

B- فحوص مخبرية تطلب حسب التوجه

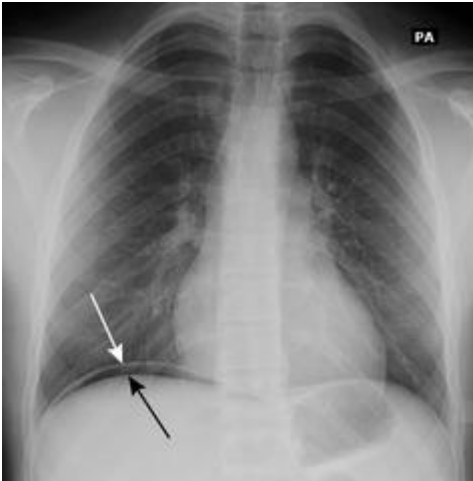
- شك حمل هاجر متمزق (انثى بسن النشاط التناسلي لديها انقطاع طمث مع ألم حاد في القسم السفلي من البطن) ← اختبار حمل
- شك DKA ← غازات دم شرياني ABGs مع تحري كيتون الدم
- شك اقفار مساريقي حاد ← ABGs (نبحث عن الحمض اللاكتاتي) , CPK
- شك انتان بولي او قولنج كلوي ← فحص بول Urinalysis (نبحث عن البيلة القححية والبيلة الدموية)

ECG تخطيط قلب كهربائي

في حال وجود ألم بطني حاد في القسم العلوي من البطن (في الشرسوف او المراقين) عند شخص بعمر < 50 سنة , سوابق CAD لنفي احتشاء العضلة القلبية

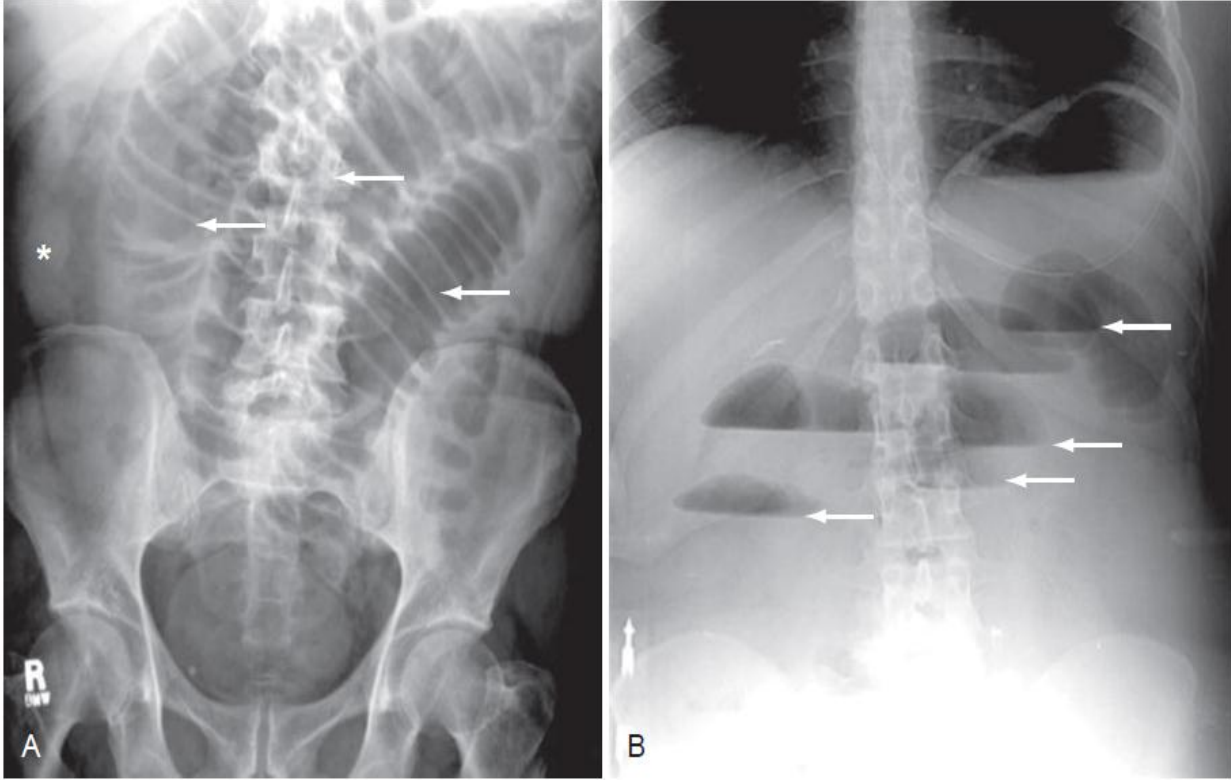
صورة صدر بسيطة بوضعية الوقوف CXR in in upright position

- تطلب عند وجود شك سريري بانتقاب حشا اجوف حيث نبحث عن تهوي البريتوان pneumoperitoneum (وجود هواء حر اسفل الحجاب الحاجز بشكل هلال غازي)
- يجب التمييز بين تهوي البريتوان عن
- 1- الفقاعة الغازية في جيب المعدة gastric airbubble التي تتوضع اسفل الحجاب الأيمن
- 2- الغاز ضمن الكولون (خاصة الكولون المتوسع) حيث الغاز ضمن الكولون يأخذ منظر انبوبي ويمتد للأسفل على مسير الكولون مع ملاحظة التقببات المميزة للكولون
- في حال كانت الحالة العامة للمريض لاتسمح بالوقوف ← نطلب صورة بطن بوضعية الاضطجاع الجانبي الايسر حيث نبحث عن الهواء الحر بين الكبد وجدار البطن الجانبي



صورة بطن بسيطة بوضعية الوقوف AXR in upright position

- أقل حساسية من صورة الصدر في كشف تهوي البريتوان .
- تطلب عند وجود شك بانسداد الأمعاء Bowel obstruction حيث نبحث عن توسع العرى المعوية او توسع الكولون (نجد عرى معوية متسعة مليئة بالغازات) +/- سويات سائلة غازية



- صورة البطن البسيطة يمكن ان تكشف الحصيات البولية (80 %) او المرارية (20 %) , التكتلات بمسكن البنكرياس (التهاب بنكرياس مزمن)

ايكو بطن abdominal ultrasound

- يعتبر من اهم الاستقصاءات التصويرية في الألم البطني الحاد (وخاصة في ألم الربع العلوي الأيمن لكشف hepatobiliary disease) .
- المحاسن : غير غازي , امن للمريض والفاحص , رخيص , سريع , متوفر باغلب المشافي , يمكن اجراء ك bedside test عن المرضى الحرجيين
- المساوئ : النتائج تعتمد على خبرة الفاحص , النتائج تعتمد على المريض (التعاون اثناء الفحص , وجود بدانة شديدة او غازات ضمن البطن تعيق الدراسة الصدىية)
- الايكو يفيد في كشف:
 - 1- الحصيات المرارية , حصيات القناة الجامعة , اتساع الطرق الصفراوية , التهاب المرارة
 - 2- امراض البنكرياس (التهاب البنكرياس الحاد والمزمن , الكيسات البنكرياسية)
 - 3- افات الكبد البؤرية (خراجة , كيسة مائية , الأورام...)
 - 4- الحصيات الكلوية والاستسقاء الكلوي

- 5- كشف السائل الحر في البطن
- 6- في حال تم استخدام linear probe ← كشف التهاب الزائدة الدودية , التهاب الرتوج
- 7- كشف افات الملحقات (كيسات المبيض , الحمل الهاجر ...)

التصوير الطبقي المحوري للبطن مع الحقن Abdominal CT SCAN

- يعتبر افضل استقصاء شعاعي في الألم البطني الحاد ولكنه غير متوافر في كل المشافي
- اكثر حساسية من الصور البسيطة في كشف تهوي البريتوان + انسداد الأمعاء
- اكثر حساسية من الايكو في كشف افات البنكرياس + التهاب الزائدة الدودية + افات الملحقات + الحصىات البولية + كشف الخراجات البطنية
- لا يمكن اجراءه في حال كان المريض غير مستقر سريريا أو في حال وجود مضاد استتباب للحقن (قصور كلوي , تحسس للمادة الضليلة)
- CT angiography (تصوير طبقي مع الحقن بروتوكول وعائي لأوعية البطن) يتم اجراءه عند وجود شك بالاقفار المساريقي الحاد او المزمن , كشف أم دم الابهر البطني , كشف خثار وريد الباب او الأوردة الكبدية .

فتح بطن استقصائي Exploratory laparotomy

- يستطب اجراءه بشكل اسعافي قبل الوصول لتشخيص دقيق في الحالات التالية :

- 1- وجود دفاع معمم لا أرادي
- 2- وجود ايلام بطني شديد مستمر
- 3- وجود كتلة بطنية ممضة مع هبوط ضغط أو ترفع حروري
- 4- تهوي البريتوان