



جامعة الحواش الخاصة

كلية الطب البشري للعام الدراسي

2026-2025

أ.د. معتز الأتاسي

مقرر الجراحة العامة 2



جهاز الهضم وآلام البطن

الألم البطنى : ABDOMINAL PAINL

الألم البطنى هو أكثر سبب يدفع المريض لمراجعة الطبيب الأخصائي في أمراض او جراحة جهاز الهضم .

تدبير الألم البطنى :

MANAGEMENT OF ABDOMINAL PAIN

الاستجواب : C/O

هناك عدم استطاعة تحليل بعض المرضى للألم واستفاضة الشرح للمرضى الآخرين .

صفات الألم : DISCRIBTION

توضع الألم : LOCALISATION:

ألم شرسو في - المراق الأيمن - الحفرة الحرقفة اليمنى - اليسرى الخ .

نوع الألم : TYPE : قو لنجي COLICY - طاعن STAB الخ .

شدة الألم : INTENSITY :

بين الانزعاج البسيط والألم الحاد .

تطور الألم : EVOLUTION :

كيف بدأ وكيف تطور وهل هو فصلي علاقته
بالطعام الأدوية .

مدة الألم : DURATION :

هل يستمر لدقائق وساعات .

الإضطرابات المشاركة : غثيان – إقياء – اسهال –

امساك .

الألم حسب العضو المسبب :

الألم المريئي : OESOPHAGEAL PIAN
ألم صدري خلف القص RETRO STERNAL PIAN

ألم المعدة : STOMACH PAIN : شرسوفي وأعلى البطن .

ألم البنكرياس : pancreatic pain : أعلى البطن ينتشر إلى الخلف زناري
(**الألم.. المراري والكبد والطرق الصفراوية :**

LIVER, GALLBLADDER , BILIARY DUCT PAIN

في منطقة المراقبة اليمنى ومنطقة الشرسوف ويمتد الى الخلف .

ألم التهاب الزائدة : APPENDICITIS PAIN : شرسوفي - حول السرة -
ثم الحفرة الحرقفة اليمنى ونقطة ماك بورني .

الألم القولوني : colonic pain : انتفاخ البطن , إثارة الألم بعد الطعام
حسب منطقة القولون المصابة - حفرة حرقفية يمنى أو يسرى وأعلى مسار
القولون .

الفحص السريري :

التأمل : تأمل اللسان - تأمل البطن . تكشف التشوهات الموجودة - وجود ندبة.

بطن مقبب : تراكم الشحم - الحبن - تطبل معمم .

بطن مستو أو غائر : كما في حالة الدنف .

بطن متنفس أو غير متنفس قد يعبر عن ارتكاس بر تواني

الجس : وضعية الاستلقاء الظهرى رأس مرتفع قليلا“ مع طرفان سفليان - وضعية انثناء على الحوض - وهذه الوضعية تؤمن أفضل ارتخاء لجدار البطن .

الجس السطحى : بجد فيها مرونة إلا إذا كان هناك دفاع معمم أو موضع يدل على التهاب البر توان معمم أو موضع .

الكبد : إما تشبه القولنج المراري أو أنها تشابه آفة معدية بنكرياسية .

الأمعاء الدقيقة : يتوضع الألم جانب السرة الأيسر أو في المنطقة الختلية , ألم قولنجي مترافق بغثيان وإقياء أو اسهالات , انتفاخ موضع وقرقرة .

الكولون : ألم قولنجي يميزه كل المرضى

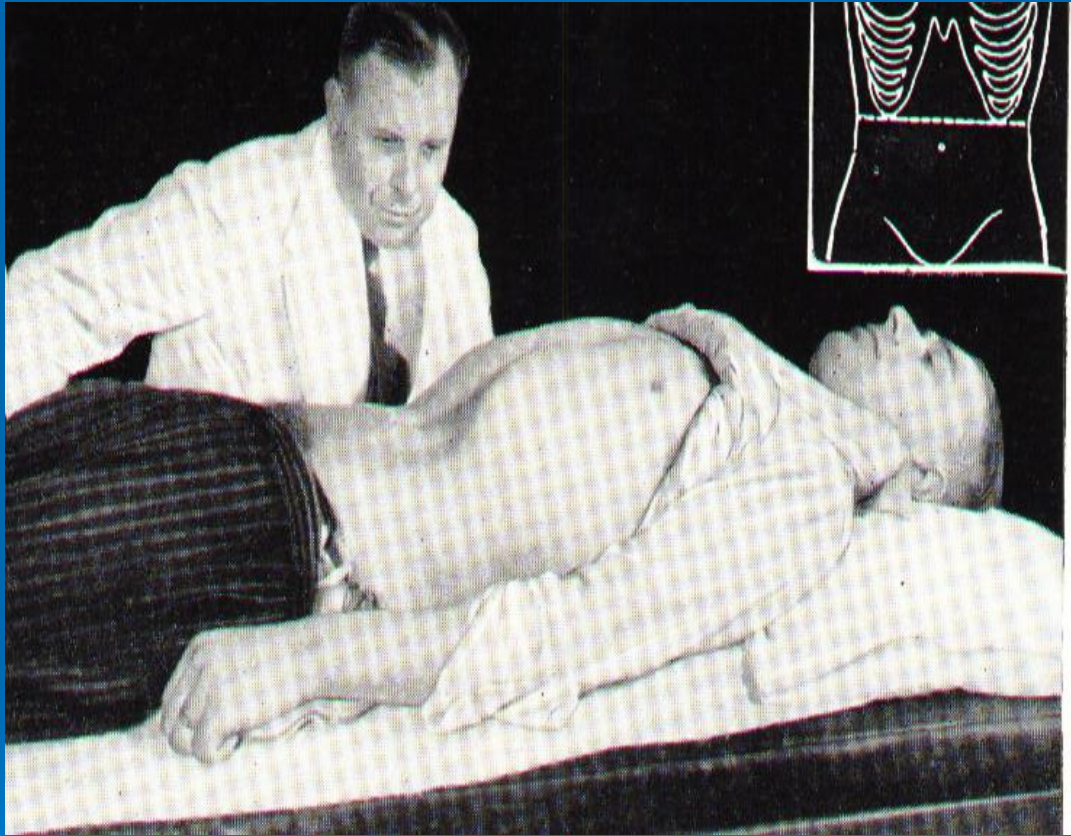
التوقيت : غالبا " نوبات ليلية .

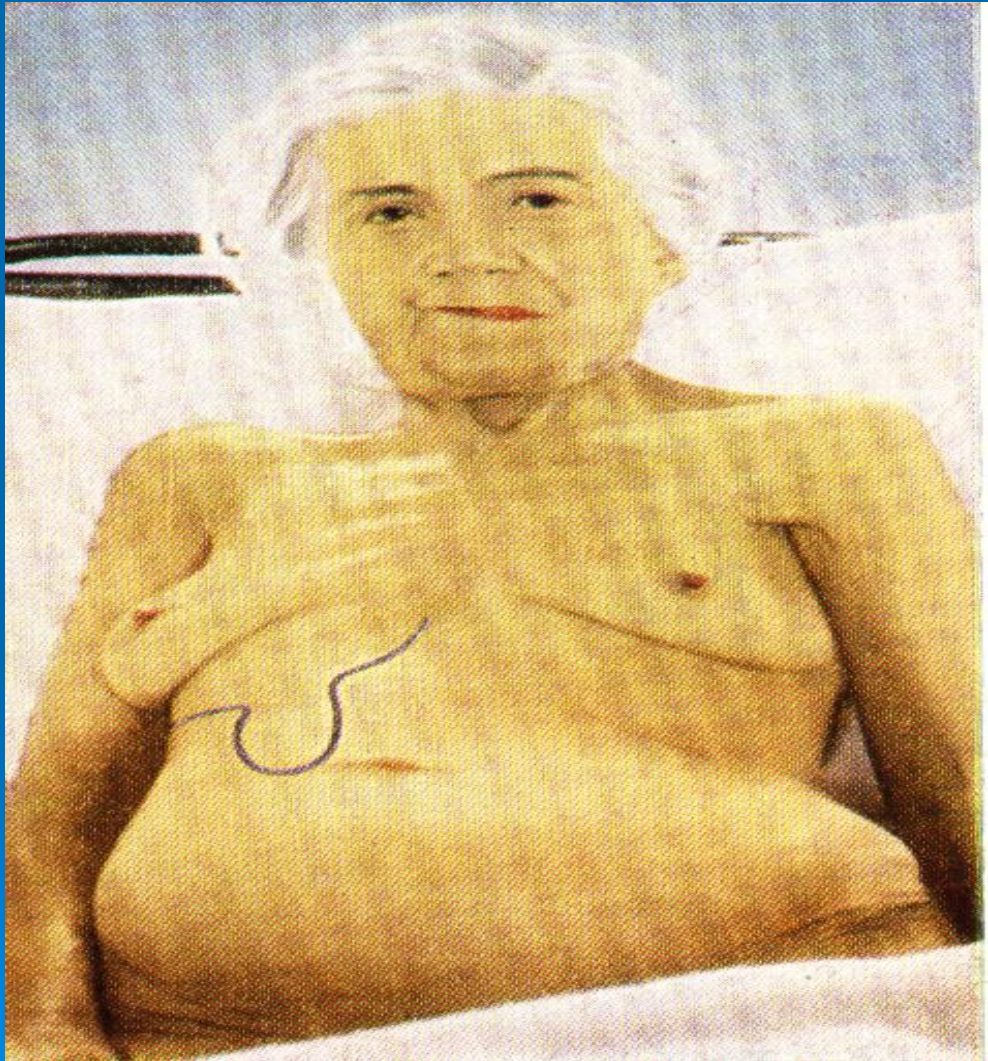
يتوضع حسب منطقة الكولون المصابة .

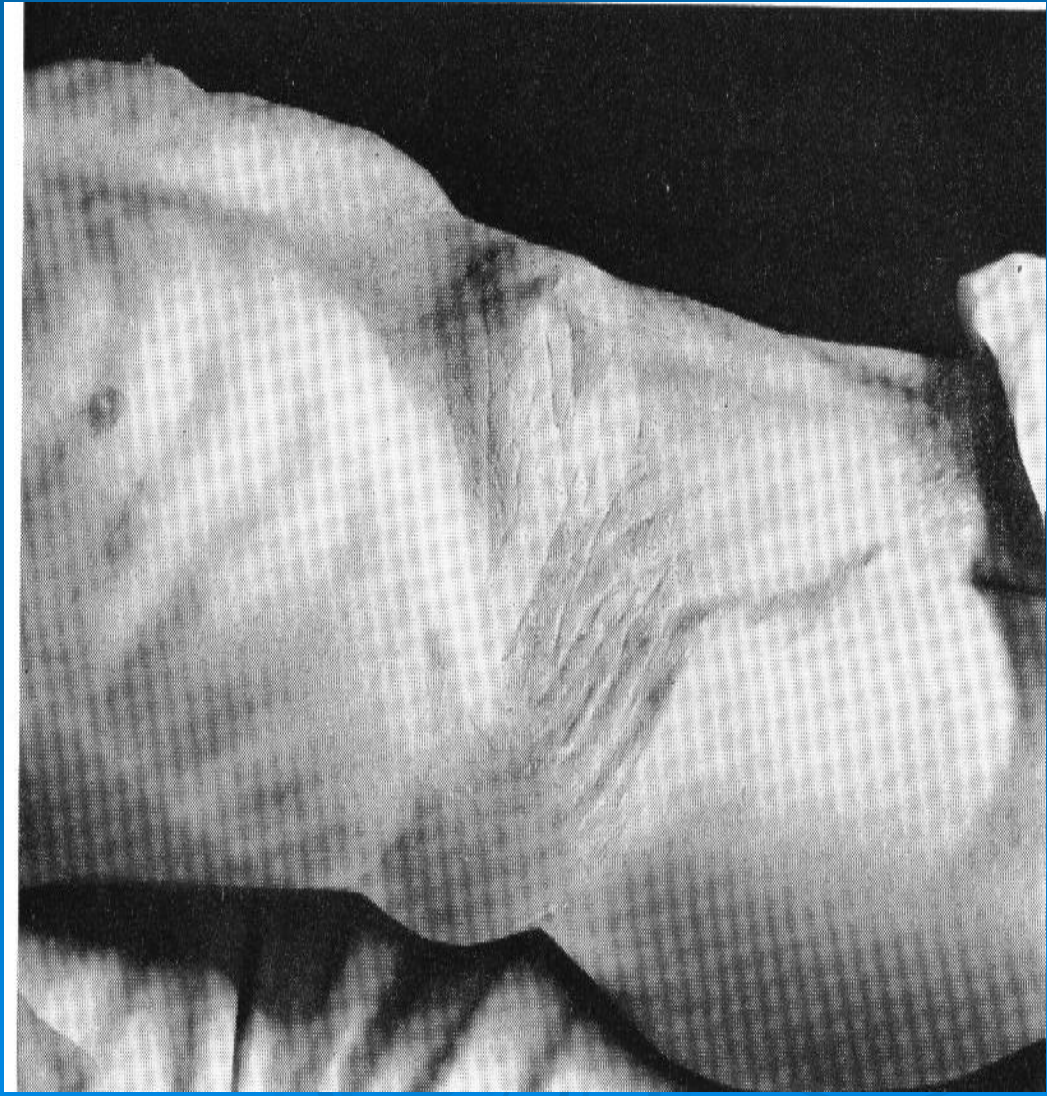
التهاب الزائدة الدودية : آلام حول السرة , آلام شرسوفية ثم تتوضع في المنطقة الحرقفة اليمنى , نقطة ماك بورني . غثيان , إقياء , نقص شهية .

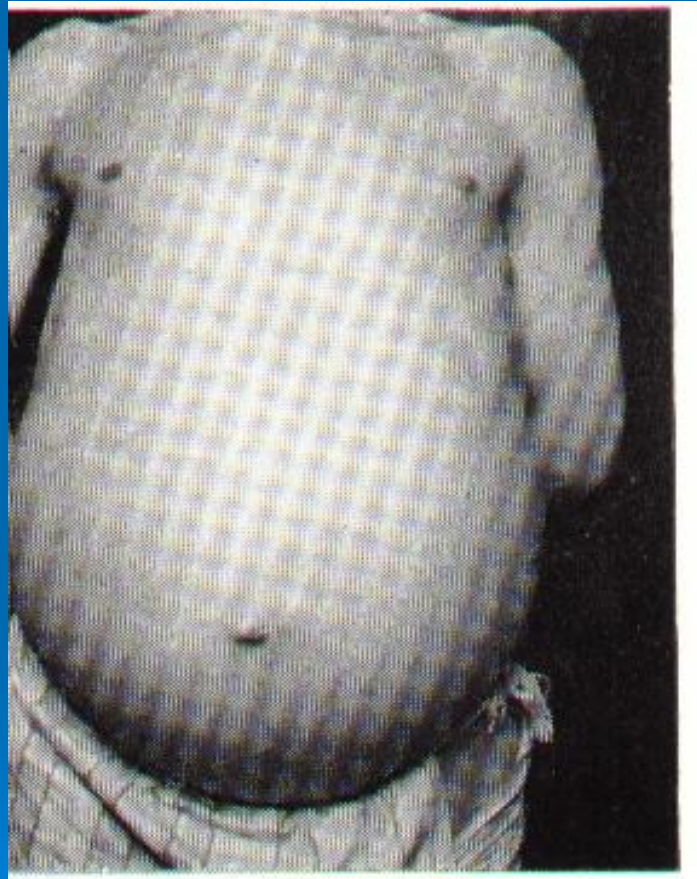
الحالات الأكثر صعوبة ألم خفيف غير وصفي . قطني . تحت الحافة الضلعية اليمنى .



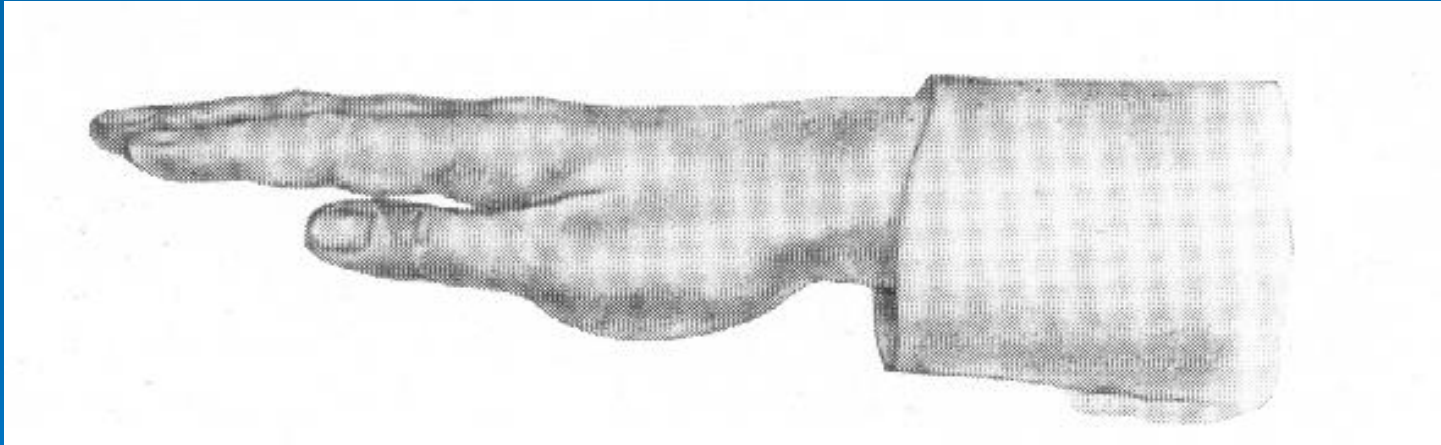


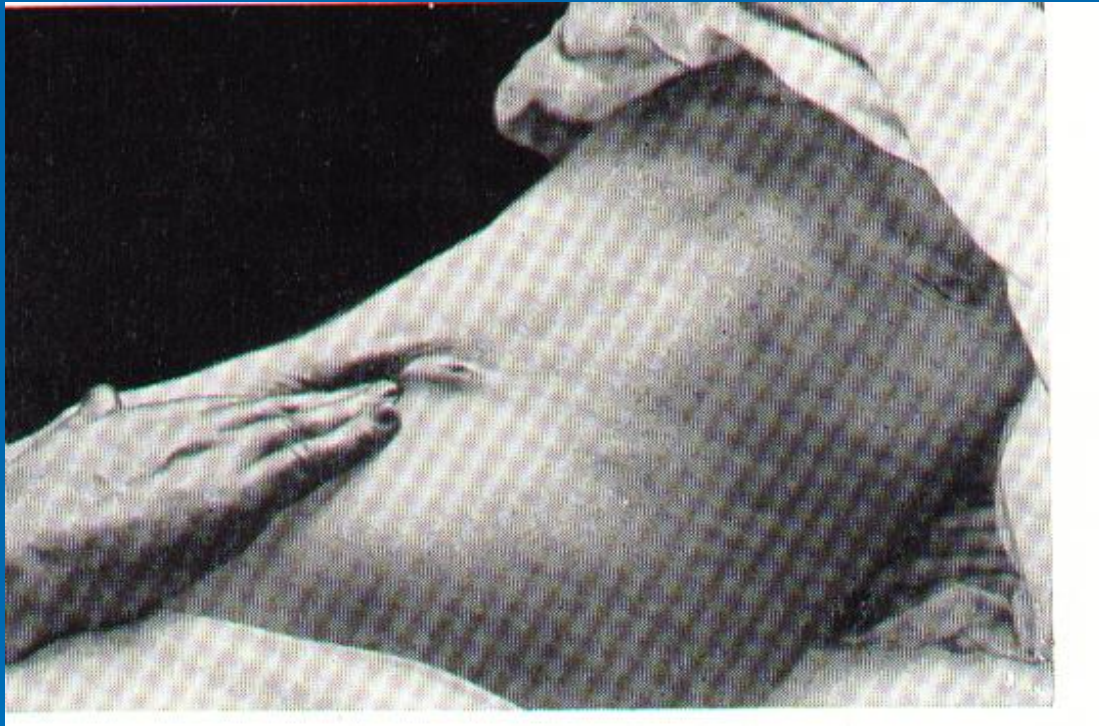


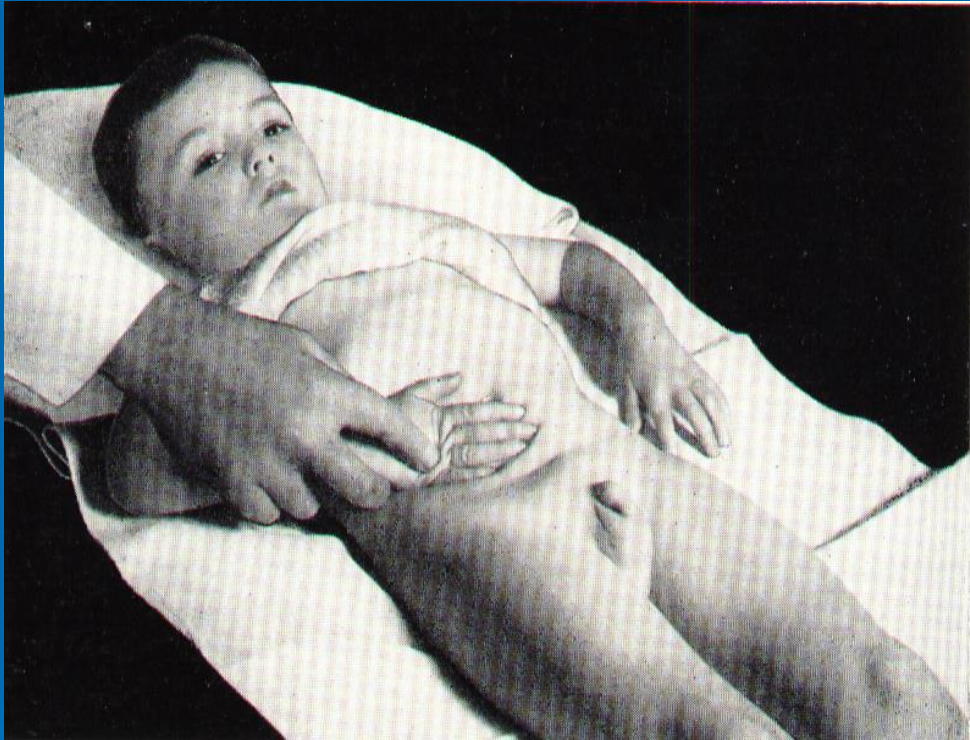


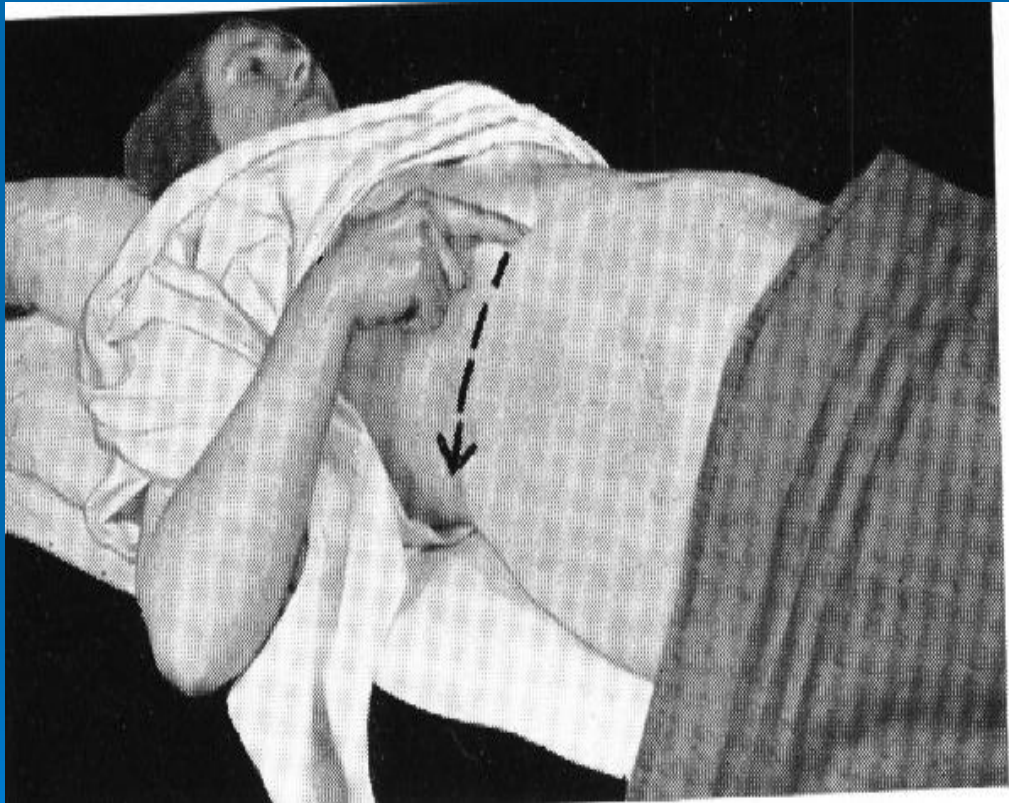












يمكن كشف الضعف العضلي بعد العمل الجراحي أو وجود فتوق :
اربية – فخذية – سرية – شرسوفية .

الجس العميق : في القسم العلوي من البطن نجس حافة الكبد أو
معدة مليئة و أجزاء من القولون مثل الأعور .

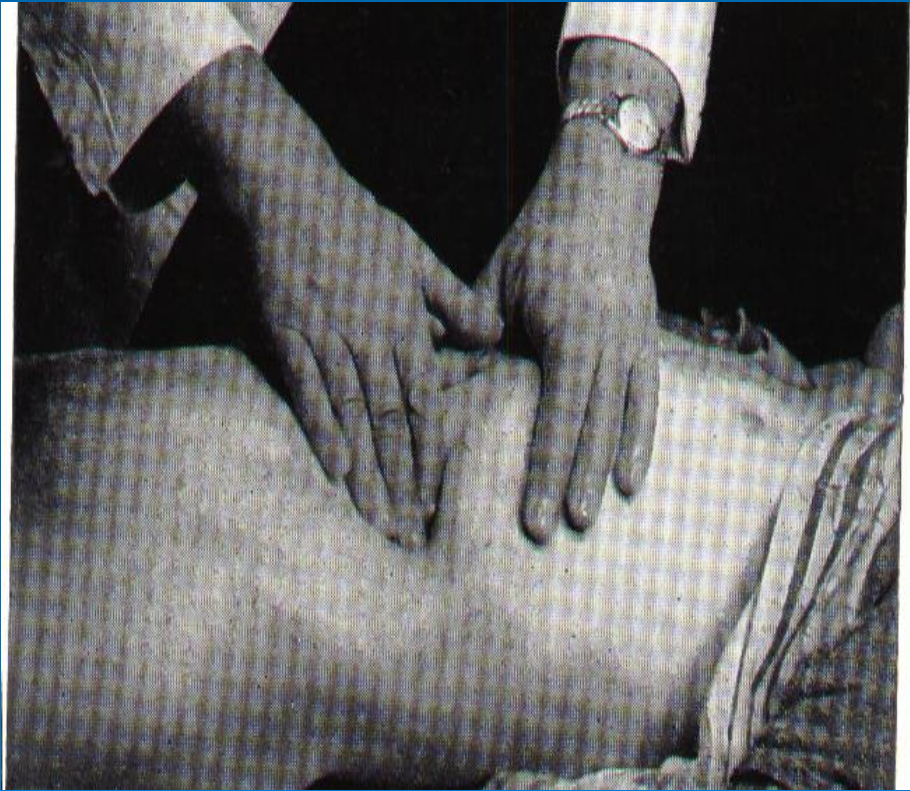
جس كتل ورمية : وتحديد موقعها – قوامها حدودها – حركتها درع
الزائدة .

القرع : PERCUSSION

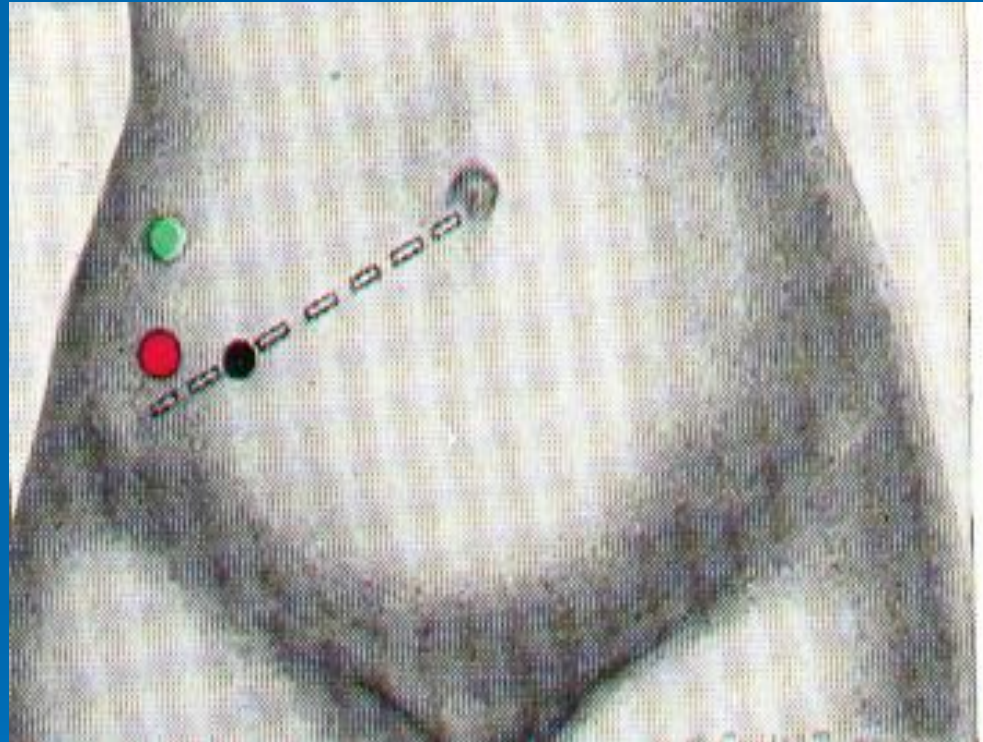
له أهمية لوضع التشخيص ولكن أقل من الجس ويتم على البطن
بوضعية الارتخاء والمريض بوضعية الاستلقاء الظهرية .

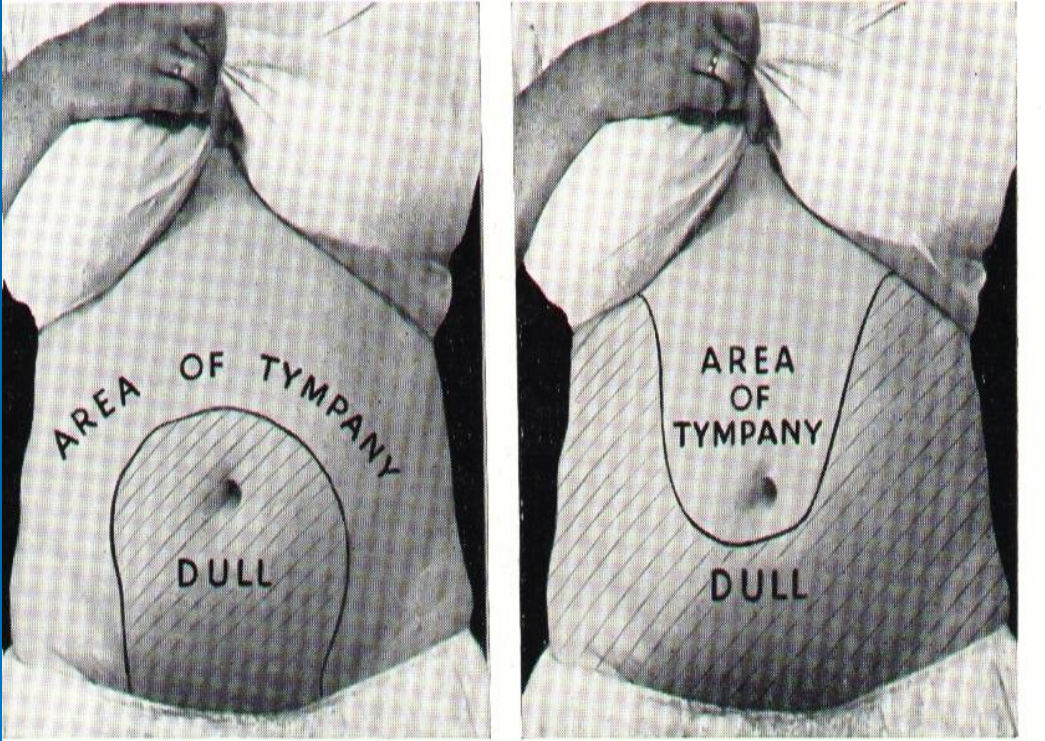
أصمية الكبد والطحال : أهميته في الشرسوف في معدة مليئة .

الاستماع إلى حركة الأمعاء بواسطة السماع الطبية - :توجد أو لا
توجد أو ازدياد في أصوات الأمعاء – خفوت في أصوات الأمعاء .









المس الشرجي : P. R

المس المهبلي : p. V

الفحوص المتممة : المخبر – الدم – البراز – البول

صورة شعاعية : BA. SWALLOW - BA. MEAL

BA. ENEMA

C.T

الفحوص التنظيرية: ENDOSCOPY – OESOPHAGOSCOPY:

- GASTROSCOPY
- SIGMOIDSCOPY
- COLONOSCOPY
- LAPAROSCOPY

الألم حسب العضو و السبب :

المرى : ألم صدري خلف القص

عسرة بلع للأشياء الصلبة ثم السوائل – سببه ورم – أو آفات سليمة (شعور الانزعاج مع حس عائق)

الألم الحارق : HEART BURN

القلس المعدي المرئي , فتوق حجابية

ألم المعدة : توضع شرسو في مع انتشار إلى الجانبين – له علاقة بالطعام أو الأدوية مثل الكورتيزن. إما على الجوع أو بعد تناول الطعام , يرافقه غثيان , إقياء

آلام القرحة : على الجوع – دوري , آلام السرطان بعد تناول الطعام يشكل ثقل .

التهاب المعدة : حارق يظهر مباشرة بعد الطعام .

البنكرياس : ألم شرسو في مع انتشار إلى الخاصرتين(زناري) يحصل بعد وجبة دسمة , معند على العلاج .

المرارة : يبدأ في المراق الأيمن وينتشر إلى الخلف والكتف .

يبدأ بعد تناول مواد دسمة وشحمية , ألم قولنجي – غثيان – إقياء .

حصيت مرارية : قوانجات مرارية , التهاب بالمرارة : يستمر لمدة أطول , ترفع حروري وحالة تحت اليرقان .

حصيات قناة جامعة : يرقان – حرارة – عرواءات .

ألم البرتوان : مستمر لا يعرف سببه في بعض الأحيان حتى فتح البطن الاستقصائي .

انسداد الأمعاء: ألم قولنجي مع امساك واقياء وسويات سائلة غازية

العلامات السريرية المستقيمة :

- الألم الشرجي المستقيمي مع افراغ المستقيم .
- زحير المستقيم .
- نزف هضمي سفلي .
- حكة الشرج .

البحث السببي : اضطراب بالتغذية :حمية قليلة الألياف -امساك

القصة المرضية السابقة : عمل جراحي سابق .

القصة العائلية : وجود أمراض هضمية :بوليبات -اورام

تحديد الآفة التي تسبب الألم :

الآفة العضوية : الألم وصفي والعلامات المرافقة التي تخص العضو نفسه الظهور الحديث للألم .

الآفة الوظيفية : يصف المريض ألمه بإسهاب وغموض والعلامات المشاركة كثيرة وتعود لعدة أعضاء وأجهزة , قصة ألم قديمة . عمليات جراحة متعددة .

آفات البنكرياس

- لمحة تشريحية وفيزيولوجية: البنكرياس غدة مختلطة فيها افراز داخلي وخارجي (خارجي لجهاز الهضم- ترپسين حالة للبروتين- وداخلي - انسولين - غلوكاغون) وخمائر (الأميلاز حالة للسكر- الليباز حالة للدهن- الايلستاز - البراديكنين)- يتعرض الافراز بواسطة هرمون السكريتين . تتوضع الغدة بشكل معترض وتقيس 20-35سم وعرضها 6-8 سم. وتقع خلف البرتوان والمعدة. على مستوى الفقرة القطنية الثانية. لها تروية مشتركة مع العفج بواسطة الجذع الزلاقي والشريان المساريقي العلوي . وتتلقى على كل من الوريد الأجوف السفلي والوريد الكلوي الأيمن والأبهر والأوعية المسارقية العلوية والوريد الطحالي.

التهاب البنكرياس الحاد Acute Pancreatitis

- آلية هضم ذاتي للغدة بسبب تفعيل الانزيمات والعصارة التي تفرزها.
- المؤهبات: الادمان على الكحول- الحصيات المرارية- البدانة- فرط نشاط جارات الدرق- فرط شحوم الدم - بعض الادوية مثل الكلوريتازيدي .

تتمة آفات البانكرياس

- التشريح المرضي: من التهاب وذمي الى التهاب متقدم حيث تتواجد فقاعات دموية مع نخرة شحمية الى نزفي حيث يكون مظهر البانكرياس مشوهاً مع نزف شديد ونخرة شديدة الى خراجات نخرية وسبب النخرة هو تحرر الليپاز في النسيج الشحمي .يمكن أن يوجد حبن أو انصباب جنب غني بالاميلاز .
- امور مرضية اخرى: تحرر الانزيمات مثل البراديكنين والكاليدين مسؤولة عن الالم وازدياد النفوذية الوعائية والوذمة وانخفاض الضغط وحدوث الصدمة . الايلاستازتخرب الأوعية الدموية (نزفي). فرط سكر الدم بسبب أذية خلايا لانغرهانس. المزمن : هناك تليف في جزء من الغدة او معمم.

تتمة آفات البانكرياس

- الاعراض السريرية: الألم – أعلى البطن-شديد جدا-عميق في ناحية الشرسوف ويمتد من الخاصرتين الى الامام(زناري). غثيان واقياء- ترفع حروري أحياناً- يرقان اوتحت اليرقان أحياناً –حالة مثل الصدمة او صدمة فعلية.
- التشخيص: القصة المرضية- كحول –حصيات مرارية..الخ
- الفحص السريري: انتفاخ البطن-مضض-علامة Gray-Turner وهي ازرقاق تحت الجلد في منطقة الخاصرتين نتيجة تسرب أو ارتشاح الدم. علامة Cullen التسرب الدموي يحدث الى الناحية الامامية عبر الرباط المدور للكبد حيث يحدث تلون أحمر مزرق حول السرة.
- المخبر: ارتفاع الكريات البيض – ارتفاع الاميلاز- ارتفاع الليباز- ارتفاع السكر- اضطراب في الشوارد.
- الاشعة: صورة بسيطة – مظهر خاص بالحبثن- الايكو-CT-
- التشخيص التفريقي: قولنج مراري-انتقاب قرحة عفجية-قولنج كلوي-احتشاء مساريقي-التهاب زائدة دودية- احتشاء عضلة القلب.

تتمة آفات البنكرياس

- المعالجة: معالجة الألم الشديد- بيتدين-أثروبين ومضادات تشنج أخرى. تصحيح الشوارد. انبوب انفي معدي؟ معالجة الصدمة ان وجدت. ERCP تشخيصي وعلاجي خزع المصرة معالجة السبب. استئصال المرارة المحصاة. معالجة الاختلاطات-كيسات كاذبة -خراج.
- الكيسات الكاذبة Pancreatic pseudocyst: تسمى كاذبة لأنه لا يوجد غلاف من نسيج بشروي طبيعي فهي تكبر ضمن البنكرياس على حساب النسيج البنكرياسية البانكراسية وليس ضمن غلاف أو طبقة تحميها. وتحت عندما تتمزق القنية المعتكلية وتتشكل الكيسة خارج القنيات. تتشكل هذه الكيسات بعد 4-8 أسابيع من عملية التهاب البنكرياس أو بعد رض على البنكرياس. ويحدث عند ذلك ارتفاع في الاميلاز.
- سريريا: هناك انتفاخ في البطن (جس كتلة) مع ألم وعدم ارتياح بطني علوي- اقياء -علامات ضغط الأشعة -ايكو-CT.
- الاختلاطات: الانسداد. معدة. عفج- الانتان- النزف- دوالي مريئية مع انسداد الوريد الطحالي. التمزق- داخل جوف البرتوان أوفي داخل الجنب او في الانبوب الهضمي.

تتمة آفات البنكرياس

- معالجة الكيسة الكاذبة: المراقبة-كم من الزمن؟ التفجير المتأخر لمنح فرصة لتشكيل جدار ليفي قوي للكيسة. المراقبة الطويلة لم تعد مقبولة
- الاستطباب الجراحي: كيسة تكبر مع الزمن. دلائل على وجود انتان ثانوي. في حال حدوث اختلاطات-لم تتراجع-
- التدبير الجراحي: الاستئصال اذا كانت صغيرة. التفجير. داخلي: مفاغرة الكيسة مع المعدة أو العفج. تفجير خارجي حالياً: بواسطة الابرة والتوجه عن طريق الايكو.
- كيسات اخرى: خلقية داء المعثكلة الليفى الكيسي. نظيرة الجلد. مكتسية: طفيلية – ورمية - **cystoadenoma** - احتباسية
- الخراجه البنكرياسية: احدى أخطر الاختلاطات: يجب تفجيرها و تنضير النسيج المتخثرة وغسل الجوف.

التهاب البنكرياس المزمن

- الاسباب:1-ثانوي لالتهاب بانكرياس حاد- بسبب حصيات في القنيات البنكرياسية 3-ثانوي لحصيات في الطرق الصفراوية.4-التهاب بدئي دون حصيات.
- مصير الغدة يتجه نحو التصلب المتطور المترقي حيث يحدث تكلس ثم ضمور بانكرياسي مما يؤدي في النهاية الى قصور وظيفي أو انعدام وظيفي وحيث يؤدي الى دفع القناة الجامعة التي تصب مع قناة ويرسنگ وحدث اليرقان بواسطة الضغط.
- الاعراض:الالم:لايوجد الم صاعق ولكن مترق ومستمر وشديد احيانا .قولنج بانكرياسي بسبب حصيات.الانقباض والتوسع.
- اليرقان:يرقان انسدادى.
- الاضطرابات الهضمية: براز دهني -براز بروتيني- بسبب سوء الهضم للبروتين والدهون.



تتمة التهاب البنكرياس المزمن

- يسبب دوالي المري نتيجة ضغط على وريد الباب وفرط توتر وريد الباب.
- مشكلات تحت انسدادية :بسبب الضغط على العفج.
- داء السكري.
- المعالجة : معالجة محافظة :الحمية- عدم تناول الكحول-حمية السكري تعويض بالانسولين –اعطاء خلاصة البنكرياس - معالجة الالم- اعطاء الاتروبيين ومضادات الكولين.
- المعالجة الجراحية: الاستطبابات: فشل المعالجة الطبية –الالم الشديد هو الأهم - اليرقان الانسدادي – النزوف الهضمية- تشكل الاكياس الكاذبة

أورام البنكرياس

- نوع سليم -- Gastrinoma Cyst adenoma متلازمة زولينجر اليسون: أورام تفرز مادة تشبه الغاسترين Insulinoma – Glucoconoma
- WDHA 50% خبيثة. تسبب اسهالات مائية شديدة وضياع البوتاسيوم
- تشخيص هذه الاورام صعب المعالجة: استئصال الورم. استئصال جزئي للبنكرياس.
- نوع خبيث : سرطان رأس البنكرياس وسرطان مجل فاتر من نوع الكارسينوما يضغط على القناة الجامعة ويؤدي الى يرقان مترقي وزيادة تدريجية في البيلوربين لون المريض أصفر ذهبي -براز حواري -لون البول مثل الشاي . هناك ألم -نقص وزن-
- المعالجة : عملية تلطيفية. أو عملية وييل(حالة عامة حسنة -السن بين 40-60)

افات المعدة Disease of stomach

لمحة تشريحية وفيزيولوجية

تتوضع المعدة في الشرسوف . تبدأ من الوصل المريئي المعدي وتمتد حتى البواب . ولها انحناءان : الانحناء الكبير ويتشكل من الحافة اليسرى والسفلية للمعدة و الانحناء الصغير وهو الحافة اليمنى والعلوية للمعدة أقسامها: الفؤاد-القاع-الجسم-الغار . تتلقى المعدة الطعام من المري وتعمل كمخزن يسمح بتناول كميات كبيرة من الطعام بفواصل عدة ساعات ويتعرض فيها الطعام للمزج والطحن ليوصل الى العفج بكميات تنظم حسب طبيعته وقوامه . كما انه تحصل في المعدة المراحل الأولى لهضم البروتين والكربوهيدرات وتمتص العديد من المواد عبر الغشاء المعدي . المصرة المريئية السفلية (مصرة فيزيولوجية) تسترخي عند البلع لسمح بمرور الطعام البواب وهو مصرة تشريحية تتشكل من تسمك الطبقة الدائرية للمعدة وتقوم بتنظيم الافراغ المعدي

تتمة لمححة تشريحية وفيزيولوجية

التروية الدموية: الشريان المعدي الأيسر والأيمن- الشريان المعدي الثربي الأيمن والأيسر والشرايين المعدية القصيرة

العود الوريدي للمعدة: الى وريد الباب وللوريد المعدي الأيسر

تفاغرات ينزح منها الدم الى الدوران الجهازى

تعصيب المعدة: من العصبان المبهمان يعبران الفوهة المريئية

العصارة المعدية: من 500-1500مل في حال الصيام و1000 بعد كل وجبة . مكوناتها: المخاط له دور قي حماية المخاطية - الببسينوجن ينحول الى ببسين -حمض كلور الماء - العامل الداخلى ب12 . تهضم المعدة 5-10% من البروتين و30-40% من الكربوهيدرات

القرحة الهضمية peptic ulcer

■ تعريف : هي ضياع مادي أو جرح واهن في الغشاء المخاطي لأنبوب الهضم وبخاصة في الأجزاء العلوية فيه والتي تكون معرضة لتأثير حمض كلور الماء المفرز من المعدة (العفج_المعدة_ المري_ الفوهة التفاعرية (المحدثة جراحيا)

■ القرحة الهضمية الحادة Acute Peptic ulcer : يمكن ان تكون مفردة او متعددة على شكل سحجات في الغشاء المخاطي

■ أسبابها : تناول الكحول_ الأسبرين_ ستيرويديات_ او بعد التعرض لشدة نفسية (قرحة الشدة Stress ulcer) أو عملية جراحية كبرى أو حرق واسع و عندها تسمى (قرحة كبرلنغ). تتظاهر بصورة مفاجئة كالآلام . او اختلاطات مثل النزف او الانتقاب .

القرحة المزمنة : Chronic ulcer

80% من العفج وبخاصة في بصلة العفج تحدث 80% في الذكور وتصيب رجال الاعمال والمدراء. بعد سن الضهي تزداد النسبة عند النساء.

المظاهر السريرية : ألم على شكل هجمات او نوبات ألمية قي المنطقة الشرسوفية تدوم أيام وأسابيع وخاصة في الربيع والخريف والألم بعد تناول الطعام 2-3 (الم الجوع) . يزداد بالأغذية المهيجة كالبهارات والمخللات وبعض الاحيان هناك حس لذع وحرق خلف القص مع غثيان واقياء. زيادة في الوزن بسبب كثرة تناولهم للحليب والأغذية الاخرى .

العلامتان الاساسيتان : علاقة الألم بالطعام . فصلي ربيع _ خريف

الاستقصاءات Investigation :

■ تنظير هضمي علوي _ تصوير ظليلي للمعدة والمري (عش قرحي على الانحناء الصغير _ تشوه بصلة) تحري الدم الخفي. اخذ خزعة وخاصة من المعدة

■ المعالجة محافظة : سيمتادين- رانتيدين – اومبريزول- معالجة الملتوية البوابية .. الخ _ جراحية 1- (استئصال قسم من المعدة مع القرحة مع مفاغرة صائمية. قطع المبهمين مع تصريف – قطع المبهمين مع استئصال الغار. قطع انتقائي للمبهمين) .

2-جراحة الاختلاطات.

■ اختلاطات عمليات القرحة : متلازمة المعدة الصغيرة : حس امتلاء المعدة- متلازمة الاغراق _ قيء صفراوي _ فقر دم - القرحة الهامشية.

متلازمة الاغراق Dumping syndrome

- هجمات من شعور بالإعياء والتعب والدوار والعرق البارد عقب تناول الطعام وتشبه اعراض نقص السكر في الدم وذلك بسبب اضطرار باء حلولية .مجيء محتويات المعدة المركزة ودخولها بالصائم بشكل سريع ويؤدي الى نضح السوائل الى لمعة الامعاء بسرعة وبالتالي نقص حجم.
- المعالجة : استلقاء ل30دقيقة فور انتهاء الطعام.
- الاسهال الدهني : عندما توجد عروة واردة طويلة تسبب عدم امتزاج الطعام بالعصارات البنكرياسية والصفراوية.

اختلاطات القرحة : Ulcer complications

- الانتقاب _ النزف _ التليف والانسداد بسبب التضيق _ التسرطن؟
- انتقاب القرحة : 50% من المصابين معروف انهم مصابون بقرحة منذ فترة طويلة .
- الأعراض : الألم عادة شديد ويحدث بصورة مفاجئة (طعنة سكين)
Stab pain وربما ينعكس الى الكتفين وقد يترافق مع غثيان واقياء
- الفحص السريري: المريض متالم . تعرق بارد مع تنفس سطحي وسريع _ البطن متصلب (خشبي) Board like abdomen
- في الحالات المتأخرة بعد 6_12 ساعة قد تظهر علامات التهاب برتوان جرثومي مع خذل معوي تام . البطن منتفخ . مظهر المريض انسمامي

التشخيص التفريقي: Differential diagnosis:

- انتقاب الزائدة الدودية _ التهاب البنكرياس _ التهاب المرارة الحادة _ احتشاء الأشعة : صورة الصدر وهي الأهم – صورة البطن بوضعية الوقوف (هلال غازي تحت الحجاب في 70-80% من الحالات) , يمكن نفخ هواء عن طريق NGT للتشخيص
- العلاج: Treatment جراحي فتح بطن مع خياطة مكان الانتقاب وتنظيف البطن في حال التهاب البرتوان ويمكن علاج جراحي للقرحة (جذري) اثناء العملية او مستقبلا وهو الأفضل.
- تضييق البواب وانسداده : تسمية خاطئة لان التضييق لا يصيب عضلة البواب بحد ذاتها وإنما القطعة الاولى من العفج

الأعراض :

- في مرحلة المعاوضة لايشكي المريض اكثر من بقاء الطعام في المعدة لفترة اطول .لكن عندما تنكس المعاوضة يشتكى المريض من اقياءات كبيرة كريهة الرائحة تحوي على اطعمة قديمة يرافقها نقص وزن مع امسالك بسبب الجفاف
- الفحص السريري : المريض متجفف مع هيماتوكريت مرتفع _ علامة الخضخضة _ البول قليل نادر _ تغيرات استقلابية
- نقص في مستوى الكلور والبوتاسيوم
- التشخيص التفريقي : سرطان المعدة الذي يؤدي الى انسداد البواب
- المعالجة: جراحة بعد غسل المعدة والتضير للعمل الجراحي .

النزف الهضمي في القرحة :

- القرحة غالباً في الجدار الخلفي للعفج_ يدرس لاحقاً مع النزف الهضمي العلوي
- العلاج : محافظة : عن طريق التنظير الهضمي العلوي وحقن مواد قابضة للاوعية او تصليب
- جراحي بعد انعاش المريض وتحضيره للعمل الجراحي _ نقل الدم - Kiss ulcer : قرحة عفجية واحدة امامية والثانية خلفية

أورام المعدة Stomach Tumor

- اورام سليمة: ليوميوما – نيوفيبروما – بوليبيات غدية متعددة أو مفردة .
- أعراضها: فقر الدم الخبيث – النزف .
- الأورام الخبيثة: سرطان المعدة (قبطان الموت-Captain of death)
(يصيب كل الأعمار وخاصة في العامين 40-60 3/1 رجال الى نساء
زمرة الدم A .
- المظهر العياني: قرحة مع حواف غير منتظمة – ورم مشبه بالغراء –
قنبيطي – داء المعدة الكتاني – سرطانات لقرحة هضمية معدية مزمنة .
- انتقال الورم: بالجوار - عن الطريق اللمفاوي – عن طريق الدم .
- الأعراض: صعب التشخيص الباكر بسبب الفترة الطويلة بين التسرطن
وظهور الأعراض أو عدم امكانية تناول الوجبات الاعتيادية - نقص
شهية – كره أكل اللحم – نقص وزن – فقر دم . كتلة شرسوفية. اقياءات
- أو نماذج أخرى : ألم مستمر – تخمة حديثة الظهور – انسداد بواب –
انسداد في الفؤاد – عسرة بلع –

الاستقصاءات

- الخضاب – الدم الخفي في البراز – التنظير الهضمي العلوي مع الخزعة .
- دراسة افرازية المعدة : انعدام حمض المعدة – نقص الحموضة – دراسة قلووية .
- معالجة سرطانات المعدة : لها علاقة بمكان الورم والقدرة على الاستئصال وتحمل المريض .
- في السرطان الموضع : استئصال معدة قسماً اما بعيد أو قريب .
- في السرطان الغازي لكل الجدار : استئصال معدة تام .
- سرطان العفج : نادر الحدوث – العلاج عملية وييل .
- انفتال المعدة تنفتل المعدة حول محور يصل ما بين النقطتين المثبتين أي الفؤاد والبواب حول محور أفقي أو عمود يتحرك الانحناء الكبير مع الكولون . يمكن وجود فتق حجابي مرافق .

الأعراض :

■ الشعور بالشبع والامتلاء مع مضض شرسوفي خفيف – من المستحيل ادخال أنبوب أنفي معدي .

■ المعالجة : جراحية فقط حيث يجري تحرير الثرب الكبير وتثبيت المعدة أو اغلاق فتحة فتق الحجاب الحاجز ان وجدت .

الكبد والمرارة-

The Liver and gallbladder

- يزن الكبد 1350 غرام. وهو أكبر عضو ويتواجد في المراق الايمن والشرسوف.
- الاربطة البريتوانية: المنجلي - الاكليبي - المثلي الايمن والايسر - المدور.
- الاوردة الكبدية: الايمن - المتوسط - الايسر ومنها العودالوريدي الى الاجوف السفلي
- الشريان الكبدي: من الجذع الزلاقي ويتفرع الى ايمن وايسر
- وريد الباب: يتفرع الى فرعين ايمن وايسر
- يتلقى الكبد ترويته من الشريان الكبدي 25% ووريد الباب 75%

الكبد والطرق الصفراوية

- لمحة تشريحية وفيزيولوجية:
- تبدأ بالقنوات الصفراوية داخل و خارج الكبد تتحد في سرّة الكبد لتشكل القناة الكبدية اليمنى RHD واليسرى LHD. اليسرى أطول من اليمنى .
- القناة الكبدية 2,5 سم ترفدها القناة المرارية و طولها 1,5-4,5 لتشكل القناة الجامعة CBD لتمر خلف العفج وتتحد مع قناة ويرسنگ wirsung في 80% من الحالات.
- المرارة :سعتها 50 مل . وتتألف من قعر – جسم – عنق قناة مرارية –جيب هارتمان .

وظائف الكبد

- افراز الصفراء :حوالي 750-1100مل
- صنع أغلب عوامل التخثر
- صنع عدد من البروتينات وخاصة الالبومين
- يكون الحموض الدسمة
- يكون وينظم اطلاق الكوليسترول
- دوره في استقلاب الاملاح الصفراوية
- دوره في معالجة السموم والادوية
- يحول البيرويين الغير مباشر الى مباشر

المرارة Gallbladder

- سعتها 50 مل
- مستودع اضافي للصفراء
- مخاطية المرارة تمتص الماء من الصفراء وتكثفها أكثر ب -10-16 مرة من كثافة القناة الكبدية ويتم طرحها عند اللزوم بعد ان تنقلص عضلاتها الملساء وتطرح ما بداخلها
- هناك مركبات مهمة في الصفراء هي:
- الكوليسترول
- الاملاح الصفرواية _ أصبغة صفراوية
- الليستين
- بالإضافة الى الماء الذي يؤلف حوالي 95%
- هذه المركبات يمكن أن تسبب لاحقا اشكالات مرضية مثل الحصيات المرارية

الحصيات المرارية Gall stones

- الكوليسترول 10-15 %
- من الاصبغة الصفراوية 10%
- نوع مركب من الكوليسترول وبيكربونات الكالسيوم 75 - 80%
- آلية كيميائية: انحلال الدم-الصيام-
- السمنة والكوليسترول
- حبوب منع الحمل – البروجيستيرون- الركودة
- آلية انتانية: كولونيات -لاهوائيات

كيف تتركب الحصيات المرارية؟

- الحدوث: مبدأ ال 5 F : female –fat –fair-fertile-fourty.
- آلية كيميائية: الصفراء فائقة الاشباع بالكوليسترول والليستين والاملاح الصفراوية ويحدث هذا عند الصيام حيث تتكثف وتتبلور.
- آلية انحلالية: الامراض الانحلالية الدموية حيث تتخرب الكريات الحمر بيلوربين عالي.
- آلية انتانية: 50% من المرارات المستأصلة الحاوية على حصيات فيها جراثيم من عقديات -عنقوديات – كولونيات – لا هوائيات



التشخيص-Diagnosis

- كثير من الحصيات الصفراوية لاتعطي أعراضاً.
- القولنج المراري: ألم ذو صفة دورية يبدأ بشكل مفاجئ ويتصاعد ثم ينتهي هذا الألم يعود الى توسع عضلات المرارة وتوتر العضلات الملساء عند تحرك الحصى.
- يبدأ في المراق الأيمن أو الشرسوف ويرتدالى خلف الظهر أو الكتف ويأتي عادة بعد وجبة دسمة . وربما يصحب بغثيان أو اقياء. حس بالثقل أو الانتفاخ. نادرا يمكن أن يبدأ في المراق الأيسر.

التشخيص التفريقي والاستقصاءات

- قرحة هضمية . التهاب بانكرياس . قولنج كلوي أيمن . التهاب زائدة دودية . كولون متشنج .
- الاستقصاءات: تحاليل دموية – خضاب – كريات بيض وصيغة – بيلوروبين – خمائر الكبد وخاصة الفوسفاتاز القلوية
- الأشعة: الصورة البسيطة – صورة المرارة الظليلة – لم تعد تجرى- الأيكو هو الأهم حالياً-
- العلاج: استئصال المرارة
- اختلاطات الحصيات المرارية: التهاب المرارة – اليرقان الانسدادي-
التهاب البنكرياس الحاد-انسداد معوي بواسطة حصاة مرارية –
التسرطن نسبة 1%

التهاب المرارة Acute Cholecystitis

- آفة مرضية سريرية بسبب انسداد القناة المرارية وحالت دون جريان الصفراء من المرارة الى القناة الجامعة وبالتالي منعت الجراثيم الموجودة من المرور الى الانبوب الهضمي وحصرت الصفراء مع الجراثيم في هذا الوسط حيث تتكاثر.
- 98% سببها حصيات -1% غير محصى -1% بسبب ورم.
- أنواعه: التهاب مرارة نزلي - قحبي - تخري.
- الاعراض والعلامات: ألم في المراق الايمن يرتد الى الخلف والكتف مع عرواءات وارتفاع في الحرارة وحرارة الى حوالي الـ 39-40. غثيان واقياء ثم تحت اليرقان. علامة مرفي ايجابية
- علامة مرفي: جس تحت الاضلاع عند ملتقى الحافة الوحشية للمستقيمة البطنية مع الضلع الاخير ونطلب من المريض أخذ شهيق عميق فيتوقف المريض عن الشهيق ويتألم فجأة.
- المعالجة: محافظة - جراحية - : قديما: امبيلين - جينتاميسين - فلاجيل - سيفالوسبورين ثم الجراحة حديثا: الجراحة مباشرة - تقليدي - أو جراحة تنظيرية.

اليرقان Jaundice

تعريف اليرقان: هو انحباس البيلروبين في الدم أي فرط البيلروبين في الدم وهو نوعان :

اليرقان الانحلالي: عند وجود فرط تخريب للكريات الحمر والخضاب حيث لا تستطيع الخلايا الكبدية أن تضم كل البيلروبين غير المباشر بسبب كميته الكبيرة فيرتفع أكثر من المباشر.

اليرقان الانسدادي: ينجم عن انسداد أو تحت انسداد في القناة الصفراوية خارج الكبد ويكون البيلروبين المباشر هو الأكثر في مصل الدم. ويكون العائق هنا: أحد الأسباب التالية:

حصاة قناة جامعة: يرقان متردد- ورم: يرقان مترقي-

أسباب أخرى: تضيقات في الطرق الصفراوية - بسبب عمل جراحي - كيسات مائية - كيسة القناة الجامعة-

أسباب ولادية: انسداد الطرق الصفراوية البدئي الولادي.

تدير اليرقان الجراحي

- 1- حدد مستوى الانسداد- داخل الكبد -خارج الكبد؟
- حدد الآلية المرضية. القصة السريرية-الفحص السريري-
- الاستقصاءات:مخبر: -بياوروبين. خمائر الكبد وخاصة الفوسفاتاز القلوية. أشعة:-أمواج فوق الصوت-CT-ERCP-PTC-MRCP
- المعالجة:لها علاقة بعمر المريض -حالة المريض العامة..الخ
- اخراج الحصيات السادة في القناة الجامعة -ERCP. ورم رأس بانكرياس : عملية وييل أو عملية تلطيفية (مفاغرة بين المرارة والصائم).
- استطبابات فتح القناة الجامعة: وجود حصيات مجسوسة في القناة الجامعة.توسع القناة الجامعة 15 ملم وما فوق.وجود حصيات صغيرة مع توسع القناة الجامعة

آفات البرانشيم الكبدي

- 1-الكيسات الكبدية:خلقي- مكتسب- طفيلي- ورمي- وحيدة- متعددة.دموية – لمفاوية-نظرة الجلد- بطانية
- 2-الخراجات الكبدية : قحبية- زحارية-
- 3-الاورام:-سليمة – خبيثة- بدئي –انتقالي.

الكيسات المائية Hydatid cyst

- أبوقراط:عندما يمتلئ الكبد بالماء وينبتق ضمن المساريقا يمتلئ البطن بالماء ويموت المريض.نوعان:شويكاء حبيبية-شويكاء سنخية.
- دورة العامل الممرض:تكون بين الانسان والحيوان(فصيلة الكلاب والاعنام).تعيش اليرقة في أمعاء الكلاب حيث تكبر وتطرح بيوضها في التربة حيث تققاتها الاعنام والابقار وتصل الى الانسان عن طريق اللحوم أو الاعشاب الملوثة أوالماء الملوث.تدخل البيوض الى المعدة وتتححر اليرقة وتمتص من الزغابات المعوية وتمر بوريد الباب الى الكبد حيث يقف 60%-70%من هذه الطفيليات ويقف نحو 10%-15% في الرئتين والباقي يوزع في أنحاء الجسم.

تتمة الكيسات المائية

- تتطور الاجنة التي تتجو من التخريب لتصبح أكياسا وهي بحاجة بين 5- 10 اشهر ليصبح قطرها 1سم وهي تتألف من ثلاث طبقات :
- الطبقة الخارجية: لاتمت للبنية التشريحية بصلة ارتكاسية ليفية.
- الطبقة المتوسطة: تؤمن النفوذية بين السائل والكبد وتحفظ الداخلية ومتى توقف عملها تموت الكيسة وتتكلس.
- الطبقة الداخلية (الغشاء المنتش): وهو الغشاء الحي الذي يطور المزيد من الكيسات البنات. وتمتلئ الكيسات بسائل رائق بلوري في الاحوال العادية.
- الاعراض: تبقى بدون أعراض لمدة سنوات حتى يبلغ قطر الكيسة 4سم وما فوق.
- حس بالثقل. ضغط حسب توضع الكيسة احساس بكتلة (يزيد قطر الكيسة كل سنة 2سم). هناك غثيان واقياء في بعض الاحيان يرقان

نّمة الكيسات المائية

- الاستقصاءات:مخبرية – أشعة – ايكو- .
- المخبر:كازوني: .تفاعل يحقن تحت الادمة من سائل الكيسة .تثبيت المتتممة :تكمن في زوال الايجابية عند ذهاب الطفيلي. تفاعلات مناعية: .نستفيد منها في كل حالات النكس.ارتفاع الحامضات
- الاشعة:الايكو- حجم الكيسة- عددها- نوع السائل- CT-تعطي معلومات أكثر وخاصة من أجل العمل الجراحي.صورة صدر.
- تأثير الكيسة في النسيج الكبدي :تليف الانسجة المحيطة –ضخامة كبدية معاوضة-تشمع كبدي
- تأثير الكيسة في الاوعية الدموية :ضغط على الاجوف-وذمات-

نّمة الكيسات المائية

- تأثير الكيسة في الطرق الصفراوية: يرقان- ناسور صفراوي
- في الرئة: ناسور رئوي كيسي.
- الارتكاس البيولوجي: حساسية - زلة- حكة- شري
- الاختلاطات: الانتان- التمزق والانبثاق- اليرقان- التكلس وموت الطفيلي.
- المعالجة: جراحية هي الأهم والأشيع - محافظة: بزل الكيسة
وحقن مادة قاتلة للطفيلي بتوجيه الامواج فوق الصوتية. دوائي- Mebendazol-Albenazol-

الخراجة الكبدية Liver abscess

- نوعان: قححية- طفيلية - زحارية .
- الخراجة القححية: تجمع قحي ضمن الكبد له جدران غير مسبقة الصنع أي ليست مؤلفة من خلايا بشروية مصنوعة سلفا . وينمو التجويف ويتطور وتتموكمية القحح والتي تدمر البرانشيم.
- الاسباب: التهاب الزائدة الدودية –التهاب المرارة-التهاب اليرتوج-التهاب وريد الباب.
- العوامل المؤهبة: عند كبار السن: السكري-الكحول-الاورام-الرضوض تجرثم الدم-أمراض الطرق الصفراوية. عند الولدان: الانتانات المعممة أو السرة -نقص المناعة.



تتمة الخراجة الكبدية

- طرق انتقال الجراثيم:
- عن طريق وريد الباب: التهاب الزائدة-الرتوج-البواسير الملتهبة-الكولون الزحاري الغير نوعي.
- عن طريق الاقنية الصفراوية: التهاب الطرق الصفراوية -الاورام.
- عن طريق الشريان الكبدي: تجرثم الدم-التهاب العظم والنقي-
- عن طريق السرة: التهاب الوريد السري والاوردة حول السرة.
- الامتداد المباشر. خراجات تحت الحجاب -الجنب -جروح نافذة .
- نوع الجراثيم- E-coli المكورات العقدية-المكورات العنقودية.

تتمة الخراجات الكبدية

- الأعراض: الألم يتواجد بنسبة 90% مستمر ويتوضع في المراق الأيمن ويلتف نحو الظهر والى الكتف
- الترفع الحروري تصل الى 40-41 - قشعريرة-عرواءات
- غثيان واقباء
- يرقان وتحت اليرقان-في مرحلة متقدمة.
- الاستقصاءات:مخبر : ارتفاع الكريات البيض 18-20 ألف والصيغة الى اليسار-البيلوربين مرتفع-خماثر الكبد مرتفعة-
- الأشعة:صورة صدر مع بطن-هناك تقبب في الحجاب الحاجز مع تثبت للحجاب أثناء التنفس-الايكو- CT-

تتمة الخراجات الكبدية

- المعالجة: عامة: تعويض نقص الالبومين-نقص الدم-تعويض السوائل والشوارد- نقص الفيتامينات.
- معالجة خاصة: تغطية بالصادات-تفجير جراحي.
- معالجة السبب.

الخراجة الزحارية Amebic Abscess

- هو تجمع قيحي سميك يختلف عن القيح الذي يتواجد في الخراجة القيفية فالقيح هنا عقيم الا في حال حدوث الانتان الثانوي.العامل الممرض *Entoambea histolytica*

تتمة الخراجات الكبدية

- العدوى: عن طريق الفم وذلك بواسطة الاكياس الزحارية . عادة ابتدائية في الامعاء وثانوية في الكبد تصيب الرجال أكثر نسبة 7/1. المرضى من الكحول والمدمنين على الكحول . ناقصي المناعة .
- يتم أولا غزو مخاطية الامعاء حيث تحت تقرحات ويتم النفوذ من مخاطية الكولون بواسطة الا رجل الكاذبة. تدخل الاميبيا عن طريق الجهاز البابي بالاضافة الى الطريق اللمفاوي.
- محتويات الخراجة: مظهر وصفي بلون الشوكولا وهي عبارة عن مادة متخررة سميكة مخاطية عقيمة عند الزرع
- التشريح المرضي: 3 انواع من التغيير عند اصابة الكبد بالاميبيا
- 1-بؤر مثلثة الشكل في التخر مشابهة لمناطق الاحتشاء الوريدي.
- تليف بابي بؤري مع القنوات الصفراوية .
- التهاب الكبد الزحاري.

تتمة الخراجات الكبدية

- هناك ثلاث مناطق: 1-الخارجية: تكون طبيعية نسبياً وتبدأ الاميبيا بغزوها 2-المتوسطة: الخلايا البارنشيمية متخربة 3-المركز المتنخر.
- الاعراض السريرية: مفاجئة او تدريجية .حادة او بطيئة.
- الالم: في حوالي 90% من الحالات. ويرتد نحو الكتف الايمن. الحرارة والعرواءات 38-39 نقص الوزن-شحوب-سعال. يرقان .
- التشخيص التفريقي: قرحة عفجية - ألم كلوي - زائدة خلفية .الفحوص
المخبرية: براز. بيض وصيغة . البليوربين الكوليسترول .الاشعة: الصورة البسيطة. - الايكو- CT- التغنيسيوم 99 عقدة باردة
- المعالجة: دوائية ما عدا حالات الانتان-ميترونيدازول 750 مغ ثلاث مرات في اليوم. الكلوروكين 1 غ يومياً. الايمتين المعالجة الثلاثية بالصادات. جراحية: في حال حدوث اختلاطات او انتان ثانوي فقط.

أورام الكبد Liver tumor's

- بدئية-انتقالية
- بدئية: سليمة - خبيثة
- سليمة: Haemangioma-Adenoma...
- الخبيثة: السرطانة الكبدية الخلوية 80%- السرطانة الصفراوية-12%-
السرطانة المختلطة- الاورموم الكبدى Hepatoblastoma -
السرطانة الكيسية الصفراوية- السرطانة شائكة الخلايا- السرطانة غير
المميزة- Fibrosarcoma-Angiosarcoma.
- الاسباب المؤهبة للسرطان: تشمع الكبد- التهاب الكبد البائي- الفطور.
- أسباب أخرى متعددة: هرمونية- مواد كيميائية-

تتمة أورام الكبد

- التظاهرات السريرية: الألم البطني-الشعور بالثقل-الوهن العام مع نقص الوزن-فقر الدم-ضخامة الكبد.
- الفحوص المخبرية: ارتفاع الفوسفاتاز القلوية- ارتفاع خمائر الكبد-انخفاض الالبومين-تطاول زمن البرترومبين- ارتفاع المؤشر الورمي الفا فيتوبروتين.
- الاجراءات الشعاعية: الايكو-MRI-CT-تصوير وعائي-
- ال خزعة الكبدية: عبر التنظير-عبر الجلد-
- المعالجة: الجراحية-كيماوية-شعاعية-بالتبريد

زرع الكبد

- في آذار 1963 تمت أول زراعة كبد من قبل ستارزل
- الاستطبابات: تشمع الكبد-انسداد الطرق الصفراوية عند الاطفال.-التشمع الصفراوي البدئي .الاورام البدئية- التهاب الطرق الصفراويةالتصالبي البدئي.
- مضاد استطباب: أمراض القلب-سرطان مع انتقالات-
- احتمالات النكس:نكس الاورام-نكس الالتهابات الفيروسية-
- بعد الزرع يوضع المريض في العناية المشددة لمدة اسبوع ويغطى بمثبطات المناعة.

النزف

الهضمي Gastro

intestinal bleeding

- تعريف: هو خروج الدم من الفم أو الشرج أو الاثنيثين معاً وهو نوعان:
1- نزف هضمي علوي - اقياءات دموية 2- براز زفتي 2- نزف هضمي سفلي - براز مدمى: خفيف - متوسط - غزير
- اجراءات مخصصة لتقويم خطورة النزف: 1- النبض-الضغط الشرياني- هيماتوكريت- هيموغلوبين-
- اجراءات غايتها العلاج العرضي أو المراقبة: 1- زمرة الدم- 2- وضع قثطرة وريدية. C.V.P. - وضع قثطرة بولية.
- خطورة النزف الهضمي: يستند الى كمية الدم المطروح-هبوط الضغط الشرياني. هبوط خضاب الدم. النزف العلوي أخطر من السفلي.
- عوامل الانذار للوفيات: العمر - الامراض المرافقة-نسبة وفيات النزف الهضمي من 10-40%

المعالجة Treatment

- معالجة السبب – نقل دم مطابق لزمرة المريض-وضع انبوب انفي معدي. معالجة الصدمة ان وجدت – معالجة داعمة.
- معرفة السبب: التشخيص للنزف الهضمي العلوي upper GI يتم عن طريق القصة السريرية: القيء الدموي على شكل طحل القهوة Hematemesis- التغوط الزفتي (لون اسود مثل الزفت) .
Melena والتنظير الهضمي العلوي ثم السفلي
- أهم الاسباب: القرحة العفجية-المعدية-التهابالمعدة الحاد –تمزق دوالي المري-ورم معدة-تناذر مالوري وايزر-سرطان المري.
- العلاج: معالجة أساسية: نقل دم-غسل بالماء المثلج-مضادات الحموضة- انبوب بلاك مور –تصليب الدوالي – معالجة الدوالي بالربط-الليزر-التخثير. العلاج الجراحي اذا لم يتوقف النزف

النزف الهضمي السفلي Lower GI

– نزف غزير: يحتاج لنقل دم سببه – رضي-بواسير-داء الرتوج-سوء تصنع وعائي.

■ نزف متوسط - نزف بسيط: أورام سليمة وبوليبيات – التهاب الأمعاء- داء كرون- التهاب الكولون القرصي.

■ التشخيص: تنظير سفلي-صورة كولونات-تصوير شرايين

■ العلاج: حسب الحالة – محافظ-جراحي

اللمفوما والجراحة

- تعريف: هو تكاثر خلوي خبيث على حساب الجهاز الشبكي البطاني الموزع في التوتة والطحال والكبد والعقد البلغمية والأنبوب الهضمي والجهاز التنفسي. وهناك نوع ينشأ على حساب الخلايا البالغة ويدعى داء هودجكن.
- الأسباب: لازالت مجهولة . نقص المناعة – الأشعة والمعالجات الكيميائية. -الانتانات. بوركت لمفوما وعلاقته بفيروس ابشتاين الداء الزلاقي.
- اللمفوما البدئية في جهاز الهضم:
- صفتها: غياب العقد البلغمية السطحية. غياب اتساع المنصف. صيغة دموية طبيعية تماما. كبد وطحال سليمين. آفة هضمية معزولة دون عقد مصابة.
- ذروة الإصابة- بين 40- 50 و3-8 سنوات من العمر .
- المظهر الأكثر تواردا: ورم بشكل أم دم-(توسع في قطعة من الامعاء)-ورم متقرح-
- التشخيص: غالبا عرضي. في 90% من الحالات ومع ذلك فان تأخر التشخيص هو القاعدة.
- العلامات السريرية: الألم: يتوارد في 46% من الحالات ويكون بشكل عام متقطع

الأمفوما

- الانسداد: في 43% من الحالات غالبا مزمنة تترافق مع مغص وقرقرة وانتفاخ بطني .
- نقص وزن في 37% من الحالات
- اقياءات في 32% من الحالات
- اضطراب نقل -اسهال أو امساك 24% من الحالات -كتلة مجسوسة .30% من الحالات
- الفحوص المتتمة: يعتمد على الصورة الظليلة C-T. فحوص دم.
- المعالجة: جراحية- معالجة كيميائية.

داء هودجكين

- تعريف: هو اصابة متميزة من اللمفوساركوما بوجود خلية Reed-Sternberg والنسب العالمية 5 لكل 100 ألف نسمة. أي حوالي 2% من السرطانات عند الانسان.
- التصنيف النسيجي: 1-سيطرة الليمفاويات 2- التصلب العقيدي 3- الخلوي المختلط 4- نضوب الليمفاويات
 - السريريات: حرارة-38لاكثر من اسبوع مع انتانات صدرية أو بولية .تعرق ليلي غزير.نقص وزن -حكة.
 - الفحص السريري: جس العنق والابطين والمغبنين وجس الطحال والكبد.وتحري وجود كتلة في البطن.
 - الفحص الشعاعي:صورة الصدر أمامية خلفية أو جانبية من أجل العقد المنصفية. ايكو.الطبقي المحوري.الرنين المغناطيسي.تصوير الطرق والعقد الليمفاوية.
 - الفحوص المخبرية:صيغة دموية .سرعة التثفل .رحلان بروتيني .خزعة نقي العظام.ومضان الكبد والطحال.الفحوص المناعية.عملية كابلان تراجعت

مراحل داء هودجكين

■ مرحلة 1-اصابة منطقة عقدية

■ مرحلة 2-اصابة منطقتين عقدتين أو أكثر ولكن بجهة واحدة من الحجاب.

■ مرحلة 3-اصابة عقدية فوق الحجاب وتحتة

■ مرحلة 4-اصابة حشوية أو عظمية أو جلدية .

■ المعالجة:مرحلة 1+2 شعاعي .مرحلة 3+4كيميائي.

■ دور الجراحة: تثبيت التشخيص وتحديد المرحلة

■ الانذار أسوء عند الحوامل بسبب تأخر العلاج.

أمراض الكولون والشرح

- تطاول الكولون: هو تطاول زائد لقطعة من الكولون ونادرا لكامله.
- يصيب السين الحرقفي في ثلثي الحالات ويشمل التطاول العروة المساريقية وهذا يساعد على الإنفتال
- عادة يبقى كامناً لا يكشف الا بالصدفة أو أثناء اختلاط حاد .
- عادة يشكو المريض من امساك . غازات بالكولون – ألم بطني – تطبل بطني . علامات انسداد أمعاء في حال انفتال السين
- الفحص السريري لتطاول الكولون: سلبي
- تنظير المستقيم والكولون: تطاول سين- تصوير شعاعي : علامة الدولاب المنفوخ.
- انفتال سين
- الاختلاطات: انفتال السين –انسداد الامعاء . التهاب الكولون
- المعالجة: غير مختلط :حمية قليلة الالياف –معالجة الامساك . مختلط:جراحة اسعافية
تنظير مستقيم +رد انفتال . عملية جذرية مباشرة أو لاحقا (استئصال القسم المتطاول)

سرطان الكولون

- 8% من مجمل السرطانات عند الانسان -40% من سرطان الانبوب الهضمي. قليل قبل سن ال 45.
- عامل البيئة : استهلاك الدسم الحيواني بكثرة يؤدي الى زيادة تركيز الحموض الصفرواية في البراز وهذه الحموض تتحول الى مواد مسرطنة بتأثير الجراثيم اللا هوائية وذلك للغشاء المخاطي. والعامل الثاني هو نقص استهلاك الالياف النباتية TT.
- التشريح المرضي: يبدأ من سوء تصنيع- البويلبات-خطورة تحول البوليب الى سرطان حوالي 5%-غلبة العامل الزغابي – Adenocarcinoma
- النسب: الاعور 15%-صاعد 10%-زاوية كبدية 3%-معرض 7%-10%-سين حرقفي أيسر 51%-
- الامتداد الورمي: موضعي-لمفاوي-منطقي-دموي –البريتوان-الاعضاء المجاورة
- درجة الغزو الورمي: Duke 1930-A-B-C—D

التشخيص: غياب الاعراض والعلامات التي قد تمر قبل التشخيص وهي 6-8 أشهر
يتظاهر سرطان الكولون باحد الاختلاطات بنسبة 25-30%: انسداد الامعاء-خراج-
انتقاب ضمن البرتوان- نزف ,

الاعراض: كولون أيمن: اضطرابات عادة التغوط. فقر الدم. جس كتلة.
كولون معترض: فترة طويلة كامن. حالات تحت الانسداد-غزو معدي-ناسور معدي
كولوني.

كولون نازل والسين: ورم مرتشح -نزف أحمر قد يترافق مع بواسير. تحت الانسداد ثم
انسداد.

فحص البطن: نبحت عن كتلة -جس الكبد -الحبن
استقصاءات: تحري الدم الخفي -صورة ظليلة -تنظير هضمي سفلي + خزعة .ايكو
للبطن C-T.-CEA.CA19

معالجة: غير المختلط: استئصال البوليبيات ان وجدت. قطع الكولون النظامي بعد
التحضير مع هامش أمان +مفاغرة
مختلط: حسب الحالة.

سرطان المستقيم

- ثلاث ذكور مقابل امرأتين
- عوامل ظهور السرطان: بيئية – غذائية – بوليبيات غدية – التهاب الكولون القرحي
- الأعراض: نزف-اضطرابات التغوط-حاجات كاذبة-ضائعات مخاطية مدماة -حس امتلاء المستقيم.
- الاختلالات: انسداد أمعاء-نواسير مستقمية مثنائية أو مهبلية
- وسائل التشخيص: المس الشرجي-تنظير المستقيم + خزعة صورة للكولونات.
- المعالجة: جراحية – كيميائية مخيبة للأمال-شعاعية لها دور ملطف أو شاف مع الجراحة. جراحة موضعية.-تخثير كهربائي أوضوئي بواسطة الليزر. قطع موضعي. بتر بطني عجاني – قطع منخفض – قطع علوي.

سرطان منطقة الشرج

- أكثر عند النساء. هامش الشرج أكثر عند الرجال.
- التشريح المرضي: الكارسينوما نظير الجلد. سرطان القناة الشرجية ينتقل الى العقد البلغمية على مسير الشريان المساريقي بينما سرطان هامش الشرج ينتقل الى العقد البلغمية الاربية.
- الأعراض والعلامات: نز مصلي. ألم دائم. كتلة. علامات عدم استمساك.
- التشخيص: يعتمد على الفحص السريري-تنظير الشرج+ خزعة
- المعالجة: معالجة شعاعية- جراحية: موضعية-بتر بطني عجاني معالجة شعاعية + كيميائية.

البواسير

Hemorrhoids

لمحة تشريحية عن أوردة القناة الشرجية: هناك ضفيران وريدان

1- ضفيرة وريدية خارجية تحت الجلد وتصب في الأوردة الحرقفية

2- ضفيرة وريدية تحت مخاطية كبيرة وتنتهي في الوريد البابي

تتفاغر الضفيران فيما بينها ولذا يوجد تفاغر بابي أجوفي

بواسير داخلية في ثلاث مجموعات 3-7-11 – بواسير خارجية- د-خ

الأسباب المرضية: هناك عامل خلقي- الامساك- أنواع الأطعمة تسبب

اضطرابات وعائية حركية مثل البهارات - فرط توتر البابي- الحمل

اعراض: نوبة ألمية تثار بالبراز- حرقه شرجية- حس ثقل غير مريح

نزف دم أحمر بنهاية البراز- نز- حكة- تدوم الأعراض فترات مختلفة

حسب الهجمة- أحياناً هبوط الباسور - خثرة باسورة داخلية أو خارجية

تتمة البواسير

الفحص السريري: التأمل- المس الشرجي - حيث يمكن جس بواسير الدرجة الثانية وما فوق – هناك درجة أولى ناعمة – درجة ثانية تبرز أثناء التغوط- درجة ثالثة تهبط أثناء التغوط وترد باليد- درجة 4 لا ترد

تنظير الشرج والمستقيم: يظهر تبارزات الوريدية (بواسير داخلية)-آخر المضاعفات: فقر الدم- الاختناق بسبب المصرة الشرجية –الخرثرة الباسورية- التهاب الوريد الباسوري- الشق الشرجي- التقيح- التليف

المعالجة المحافظة: مكافحة الإمساك بالمليينات وحمية غنية بالألياف – مغاطس مقعدية – مراهم اوحمولات مقبضة للاوعية والمزيلة للتشنج

المعالجة الجراحية: بالتصليب- بالربط- القرية باستعمال الأزوت السائل البارد- – الليزر- التخثير الضوئي-الجراحة التقليدية

الشق الشرجي- Anal fissure

تعريف: عبارة عن تمزق أو تقرح طولي في الطبقة المخاطية للقناة الشرجية ويوجد في 90% من الحالات على الوجه الخلفي الساعة 12

الأسباب: الإمساك- المداخلات الجراحية لعلاج البواسير- داء كرون- الرضوض- الشقوق شرجية أمامية عند الإناث بعد الولادات

أنواعها: حاد - وجود قساوة مع وذمة لونها أحمر قان مع تشنج.

مزمن- حوافه ذات قساوة التهابية قاعدته ذو تسيج ندبي

الأعراض: الألم الحاد هو العرض الأول والرئيسي حارق يبدأ أثناء التغوط ويستمر حوالي الساعة ويميل المريض الى الإمساك خوفا من التغوط المرافق للالم- النزف يكون عادة خفيف- المفرزات المخاطية

الفحص السريري: التأمل ويحذر من اجراء المس الشرجي بسبب الألم

العلاج: محافظ القضاء على الإمساك- مراهم- جراحي توسيع لطيف للمصرة- خزع مصرة جانبى - استئصال الشق الشرجى

خراجات ونواسير حول الشرج

- هي آفات كثيرة التوارد ونكسها كبير بسبب سوء المعالجة
- الخراجات الشرجية: تبدأ دائما بالتهاب الغدد المخاطية في قعر الاجربة الشرجية وتنتهي بين المعصرتين الداخلية والخارجية.
- مرحلة حادة: خراج شرجي أو حول الشرج Anal or perianal abscess
- مرحلة مزمنة: ناسور شرجي Fistula in ano اختلاطات خراج- داء كرون
- مرحلة الخراج: تشخيص سهل ألم شرجي شديد يمنع النوم. انتباج أحمر ساخن مؤلم. ترفع حروري.
- مرحلة الناسور: سيلان دائم مع حكة. بالفحص السريري فوهة بعيدة أو قريبة عن فوهة الشرج. صورة ظليلة للناسور. علوي-سفلي.
- معالجة الخراج: اسعافي جراحي للخراج: شق وتفجير الخراج. معالجة الناسور: بعد حقن زرقة المثاين فتح أو استئصال مجرى الناسور مع الانتباه للمعصرات

هبوط المستقيم-Rectal prolapse

الأسباب رتخ دوغلاس أضيق من الطبيعي مما يسبب أن فرط التوتر يدفع الجدار الأمامي للمستقيم للهبوط

نوعين: 1 عند الشباب حتى الـ 40 2- بسبب الضعف عند النساء

الأعراض: حس ثقل المستقيم- نز شرجي مخاطي وأحيان دموي

خروج المستقيم الى خارج الشرج

المعالجة: التطويق- تثبيت المستقيم الخلفي

الألم البطني الحاد والبطن الجراحي

- تعريف البطن الحاد:- كل ألم بطني مستمر منذ مدة تقل عن ستة ساعات . أما البطن الجراحي فقد يؤدي أو حتماً يؤدي الى الوفاة في مدة أقصاها اسبوع اذا لم يعالج.
- القصة المرضية :مواصفات الألم البطني:
- الألم القولنجي:انسدادى –أمعاء-حصىات بولية-حصىات مرارية
- الألم الالتهابى:صفة الاشتداد التدريجي ويزداد مع الوقت
- السوابق:تداخل عمل جراحي , وجود آفة داخل البطن بتناول أدوية - أمراض وراثية , الدورة الطمثية .
- الفحص السريري :
- التأمل : تعابير الوجه – عدم الحركة في التهاب الصفاق , آلام قولنجية – الاندفاع للقيام بحركات محاولة التغلب على الألم .

الأصغاء

تحري وجود او غياب أصوات لحركات

*الجس : ارباع البطن جس لطيف عميق الاملاء من المنطقة البعيدة
عن الألم – تحويل انتباه المريض .

*الفحوص المخبرية :

صيغة – بول – أميلاز .

*الاستقصاءات الشعاعية :

صورة صدر – صورة بطن – ايكو - تحت الحجاب – صورة جهاز
بولي .

أسباب الأم البطن

غير نوعي في 35 من الحالات .

التهاب زائدة دودية .-انسداد امعاء-اضطرابات بولية-حصيات مرارية
التهاب رتج -التهاب معدة وأمعاء.

انسداد امعاء

اضطرابات بولية .

- حصيات مرارية .
- التهاب رتج ميكل .
- التهاب معدة وامعاء .
- نسبة توزيع الألم حسب السن
- الأسباب :

– أسباب التهاب و صفاق لا جرثومي كيمائي – رضوض البطن-المنزل –

المعالجة- جراحية – معالجة السبب

التفريق بين البطن الحاد الجراحي والالام البطني الحاد.التهاب البرتوان
وخطورته اذا لم يعالج.تعاريف :

Bacteremia-Septecemia-sepsis-septic shock.

أمراض المساريقا والتثرب

الكيسات المساريقية: لمفاوية – معوية – بولية تناسلية – أخرى.

. الكيسات الكيلوسية المفاوية: هي الأكثر شيوعا تنشأ خلقيا من

توضع خاطئ لنسيج لمفاوي غالبا من مساريقا اللفائفي. جدار

الكيسة رقيق مملوء بسائل لمفي صافي أو لبن مائي أو كريم

الكيسات ذات المنشأ المعوي: يعتقد بأنها من رتج في الحافة

المساريقية للأمعاء أو تضاعف الأمعاء (جنينية). تتميز بأنها ذات

جدار أثخن . محتواها مخاطي أو ذو لون بني مصفر

كيسات بولية تناسلية: من بقايا جنينية بولية تناسلية تتميز بأنها

تتوضع خلف البريتوان

كيسات أخرى: نظيرة الجلد- عدارية- كيسات مصلية دموية

تتمة أمراض المساريقا

التظاهرات السريرية: غالبا في العقد الثاني من العمر - تورم بطني أحيانا متموج قرب ناحية السرة غير مؤلم - ألم بطني مع أوبدون اقياء والتورم يتحرك بحرية - بحالة بطن جراحي بسبب تمزق أو انفثال الكيسة أو نزف داخل الكيسة أو الخمج .

التشخيص: 1- القصة المرضية والتظاهرات السريرية -الايكو- CT مع حقن وشرب مادة ظليلة- اجراء رشف بالابرة .

المعالجة: استئصال الكيسة مع أوبدون العروة المعوية المرافقة

احتشاء المساريقا: بطن حاد - تحاليل: هناك زيادة الفيبرينوجن

أوارام المساريقا: اللفوما- السرطانة الثانوية : صلابة بالجس

أمراض الثرب الجراحية

لمحة تشريحية وفيزيولوجية: هناك الثرب الصغير (يظهر إذا باعدنا الفص الأيسر للكبد والانحناء الصغير للمعدة) والثرب الكبير (متدلي من الانحناء الكبير للمعدة)

وظائف: 1- محاصرة الالتهابات Police of the abdomen.

2- ذو خاصية قاتلة للجراثيم لتوفر البالعات في نسيجه الدموي

3- وظيفة ميكانيكية بتثبيت الأحشاء ونقل الأوعية الدموية لها.

أمراض: انفتال الثرب - احتشاء الثرب - أعراض بطن حاد ألم بطني مثل آلام مفاجئة مثل التهاب الزائدة - الكيسات مثل المساريقا

الأورام: حميدة: Lipoma - leiomyoma - fibroma

خبيثة: بدئية أو ثانوية عن طريق الانتقال المباشر أو آلية الغرز

أعراض: ألم بطني مبهم أو بعض الأحيان يكون غير عرضي - جس كتلة

المعالجة: حميد: استئصال الورم - خبيث: استئصال كامل الثرب

داء الرتوج الكولونية Diverticular disease

تعريف:الرتج عبارة عن جيب يبرز من جدار أو انفتاق في الغشاء المخاطي لجدار الكولون وتكون اما ولادية مثل الأعور أو مكتسبة.

تشاهد عند البدينين(الشحم يضعف) وخاصة عند الذكور وبعد سن

الأربعين- الأمساك – الحمية الخالية من الألياف – تشنج الكولون

التظاهرات السريرية: طريق الصدفة- ألم بطني-تغير في عادات

التغوط-انتفاخ بطن-نزف سفلي – أعراض بولية(بيلة هوائية)-حمى

المضاعفات: ثقب الرتج- خراج حول الكولون- التهاب برتوان حاد

نواسير(كولوني مثاني- كولوني مهلي- كولوني لفائفي)-انسداد أمعاء

التشخيص: القصة والفحص السريري- الرحضة الباريئية- التنظير

المعالجة:محافظة:حمية كثيرة الألياف- دوائية: مضادات تشنج ملينات

جراحية: فقط حوال 10% يحتاجون (استئصال القطعة المصابة)

معالجة النواسير والمضاعفات الأخرى.

رضوض البطن

Abdominal injuries

- تقسم الى قسمين:مغلقة –مفتوحة
- أشيع الاعضاء اصابة برضوض البطن المغلقة هي:الطحال-الكبد- الامعاء-المساريقا-الكلية-خلف البرتوان.
- يعد التشخيص المبكر المعيار الذهبي لتدبير رضوض البطن ولكن في بعض الاحيان هناك صعوبات جمة اذا كان المريض ذو أذيات متعددة رأس-صدر-حوض.
- تدبير المريض:بعد القصة السريرية من المريض أو من جليه.
- العلامات الموثوق بها:آلام البطن الشديدة مع ايلام وتعد صلابة البطن والدفاع اللا ارادي والايلام المرتد علامات موجهة لوجود أذية داخل جوف البطن. يعد ارتفاع الضغط الشرياني للحدود الطبيعية لعدة دقائق بعد نقل الدم ثم عودته للانخفاض مجددا موجهة نحو صدمة نزفية.

الاجراءات التشخيصية

- تحاليل دموية:خضاب- هيماتوكريت- زمرة وتصالب – كريات بيض وصيغة ..أخرى. صور شعاعية بسيطة: بطن – صدر – ايكو- CT.
- غسل بروتوان تشخيصي وخاصة عند المريض الفاقد الوعي.حيث تكون الفائدة 96-98%
- الغسل ايجابي هو كالتالي:
- كريات حمر أكثر من 100000/ملم
- كريات بيض أكثر من 500/ملم
- وجود صفراء.

الرضوض النافذة

- الاستقصاء الروتيني لكل المرضى هي القاعدة.
- نظريات حديثة مبنية على تدبير انتقائي مبني على تطور العلامات السريرية.
- فتح البطن الاستقصائي يصبح الزاميا في الحالات التالية:
- 1-وجود علامات سريرية تدل على وجود أذية داخل البرتوان
- 2-صدمة غير مفسرة
- 3-غياب اصوات الامعاء
- 4-خروج الثرب او الحشا من الجرح.
- 5-وجود دم في المعدة او المستقيم او المثانة
- جروح الطلق الناري:نسبة الاذية الحشوية حوالي 95-98%

الرضوض المغلقة

- أسبابها :حوادث السير –سقوط من شاهق..الخ
- تشخيصها أصعب:القصة السريرية – الفحص السريري والعلامات الحيوية. فحوص مخبرية –أشعة و ايكو. CT
- تدبيرها العلاجي:محافظة-جراحي.
- المعدة :خيطة المعدة
- الأمعاء:خيطة أو اخراج عبر الجلد ثم عملية لاحقة عند التحسن
- العفج:صعبة التشخيص لوجودها خلف البرتوان-التشخيص هناك غاز على طول الكلية اليمنى أو طول الحافة للعضلة القطنية اليمنى.المعالجة خيطة أو مفاغرة مع عروة صائمية.
- الكبد:الثاني بعد الطحال في المغلقة والثاني بعد الأمعاء في النافذة-المعالجة :محافظة –جراحية حسب الحالة.الطحال: تمت دراسته

Haemobilia تدمي الصفراء

- تدمي الصفراء: تتميز بوجود نزيف هضمي سفلي أو علوي مع يرقان انسدادى مع ألم بطني قولنجي. وهو عبارة عن اتصال الشجرة الصفراوية والجهاز الوعائي الكبدي نتيجة المرض. عولجت هذه الحالات بربط الاوعية خارج الكبد أو في اطلاق صمات في الشريان المصاب في علاج الحالات (الاحداث
- البانكرياس: نادراً ما تشخص قبل فتح البطن. العلاج: استئصال الذيل- الجسم او عملية وييل مع غسل البطن ووضع مفجرات.
- ورم دموي جدار البطن: غالباً تحت مستوى السرة. التشخيص: نطلب من المريض أن يوتر عضلات البطن وذلك برفع رأسه عن الطاولة دون الاستعانة بيديه فالكتل داخل البرتوان تختفي بينما الكتل الجدارية تبقى واضحة. العلاج: الصغيرة محافظة أما الكبيرة فجراحية.

الفتوق Hernia

- تعريف: هو مرور أحد الأحشاء البطنية أو الحوضية كلياً أو جزئياً عبر فوهة أو فتحة في جدار البطن أو داخله .
- التصنيف: (فتوق جدار البطن) 1- الفتوق الاربية – 2 الفتوق الفخذية 3 – الفتوق الشرسوفية 4- الفتوق المبضعية أو الاندحاقية 5- الفتوق السرية 6- الفتوق القطنية 7- فتوق القناة الانسدادية 8 – فتق سبيغل - (الفتوق الداخلية: ولادية- مكتسبة) .
- يتألف كيس الفتق من البرتوان ويقسم (خاصة في الاربي والفتخي) الى: فوهة – عنق – جسم – قعر.
- يمكن أن يحتوي كيس الفتق على التالي: سائل- عروة معوية – ثرب- مبيض- زائدة دودية- قسم من جدار العروة المعوية – رتج ميكل - لاشيء.

الفتق الأربي Inguenal Hernia

■ التشريح الجراحي للناحية الأربية:

■ الجلد والنسيج الشحمي تحت الجلد 0

■ صفاق سكاربا. (طبقة غشائية عميقة من اللفافة السطحية)

■ القناة الأربية: هي عبارة عن ممر مائل يتجه من الناحية العلوية الى السفلية ومن الوحشي الى الانسي. الجدار الامامي: صفاقي من العضلة المائلة الظاهرة . الجدار الخلفي: من الياف العضلة المائلة الباطنة والياف العضلة المستعرضة الباطنة. القاعدة: ضيقة مؤلفة من القوس الفخذية والرباط الأربي . وسقفها: سيء التحديد ويتألف من التصاق الجدار الامامي بالجدار الخلفي للقناة.

تتمة التشريح للناحية الأربية

- الفوهة الباطنة: تتكون من تباعد ألياف العضلة المائلة الباطنة في الجدار الخلفي.
- الفوهة الظاهرة: تتكون من تباع ألياف صفاق العضلة المائلة الظاهرة في الأنسي ويسير الحبل المنوي والأوعية ضمن هذه القناة مخترقا فوهتها الباطنة فالظاهرة ومنها الى الصفن .
- القناة الفخذية: تتوضع على شكل مجرى قمعي أنسي الوريد الفخذي. الفوهة العلوية غير قابلة للتمدد محدودة بالحافة الحرة لرباط جليبرت وكوبر والقوس الفخذية والوريد الفخذي وذروة هذا القمع تقع على بعد 2-3 سم الى الأسفل بتماس الوريد الفخذي عند انصباب الوريد الصافن.
- الشحم فوق البرتوان – البرتوان.

الفتق الاربي الغير مباشر Indirect inguinal hernia

- يسمى بالمائل أو الوحشي لمروره وحشي الشريان الشرسوفي وهو يظهر باكرا في حياة الانسان لعدم انغلاق القناة وغالبا يحدث لدى الاطفال ولذلك يسمى بالفتق الولادي. واحيانا يتأخر ظهوره حتى يزداد الضغط داخل البطن (تضخم بروتاتا- امسك-سعال مزمن..). يتطور حجم الفتق (رأس فتق) لا يظهر الا بالسعال. متوسط (في القناة الاربية). كبير- ينزل الى كيس الصفن). يراجع المريض لشعور بانتباج في الناحية الاربية يزداد أثناء الجهد وقد يكون مؤلما. يكون وحيدا أو مزدوجا .

الفتق الاربي المباشر

Inguinal .Hernia- direct

يظهر بشكل تور م كروي قريب جدا من شوك العانة ولاينزل الى كيس الصفن ولكنه يبرز مباشرة الى الامام .انسى الاوعية الشرسوفية وهو فتق مكتسب يصيب الذكور غالبا فوق سن الاربعين ونادر عند النساء شائع ان يكون في الجهتين اليمنى واليسرى .بسبب اتساع فوهة الفتق فان الرد سهل وعدم الرد أو الاختناق نادران.

الفتق الفخذي Femoral Hernia

يصادف النساء بنسبة 1-4 وهو أندر من الفتق الاربي ولايلاحظ انتباجا واضحا . موجود في القناة الفخذية ويعد الفتق غاصا اذا اجتاز كيس الفتق القناة الفخذية وجدير بالملاحظة أن كيس الفتق قابل للاختناق وهو نادر قبل سن الخامسة عشرة .الفخذي وحشي وأسفل شوك العانة وهذا مايفرقه عن الفتق الاربي كما أن القناة الاربية فارغة أثناء الجس عبر كيس الصفن.

الفتق السري Umbilical hernia

- 1- يوجد عند 10-20 من حديثي الولادة وذلك بسبب عدم الانغلاق الكامل للفاة الحلقة السرية بعد الولادة وهي حالة ولادية كثيرة المصادفة ويمكن أن تعالج بشكل محافظ في البدء 2- مكتسبة وخاصة عند الإناث والبدنين. ويتعرض للاختناق.
- سريريا انتباج عند السرة أو حول السرة وآلام قولنجية انسدادية عند الاختناق.

الفتق الشرسوفي Epigastric hernia

- وجود فتحة أو عدة فتحات على الخط الأبيض. غالبا عبارة عن انفتاق الشحم أمام البرتوان من دون أو بوجود كيس فتق. سريريا: آلام مثل الام حشوية. احيانا تشبه الام القرحة

الفتق الأندحافي Incisional Hernia

- بعد عمل جراحي-عوامل مسببة:دنف –سوء تغذية-انتان-بدانة سريريا:انتباج في قسم من الجرح أو كل الجرح.
- الفتق القطني Lumbar hernia:في أي مكان من الناحية القطنية من الضلع الثاني عشر حتى القنزعة الحرقفية في الأسفل الآن أكثر الأماكن هي (مثلث بتي)الذي يحدده في الأسفل القنزعة الحرقفية وفي الامام حافة العضلة المنحرفة الظاهرة وفي اخلف العضلة الظهرية الكبيرة.ولادية أو مكتسبةأو تالية للأعمال الجراحية وهي فتوق ردودة .
- الفتق السدادي obturator hernia: عبر الفتحة الوركية الكبيرة أو الصغيرة
- فتق سبيغل.في لفافة سبيغل أسفل البطن بين الخط نصف هلالى والحدالوحشى للعضلةالمستقيمة.
- معالجة الفتوق:معالجة جراحية-انتقائي –اسعافي.

الجراحة التنظيرية

- الأدوات المستعملة:
- المنظار – المنبع الضوئي – الكاميرا أو جهاز التصوير
- شاشة العرض أو التلفزيون – مسجلة فيديو
- جهاز النفخ-
- أدوات اللقط والتسليخ.
- أدوات القطع والتخثير
- مزاياها: قليلة الرض-أقل ألم وازعاج-مدة الإقامة أقل-الحركة المباشرة والعودة الى العمل باكرا.- الاختلاطات أقل.
- استعمالها: المرارة-الزائدة-الفتوق-استئصال الكيسات-استئصال الطحال.. الخ

التدبير الجراحي للبدانة

- تعريف : تعرف البدانة على أنها تراكم كمية زائدة من الشحوم في الجسم بحيث يؤدي ذلك الى حلة مرضية.
- تعتمد شدة الحالة على درجة زيادة شحوم الجسم. والتي تقيم عادة من خلال مشعر كتلة الجسم. (Body mass index-B.M.I) والذي يعادل الوزن بالكيلوغرام ÷ مربع الارتفاع بالمتر .
- يصنف المرضى كالتالي :
- فئة الوزن الزائد (overweight)-البدانة (obese)- البدانة الشديدة (severely obese) وهي البدانة المرضية
- BMI = 18 وأقل – نقص وزن
- BMI=20-25وزن طبيعي
- BMI=25-30زيادة وزن
- BMI=30-35بدانة درجة أولى
- BMI=35-40 بدانة درجة ثانية
- BMI=40-50 درجة ثالثة أو بدانة فائقة

تتمة البدانة

- يمكن كذلك تعريف البدانة على أنها وزن الجسم الذي يتجاوز الوزن المثالي ب20%.
- الوبائيات وعوامل الخطورة : تلعب الوراثة دوراً هاماً في حدوث البدانة فمثلاً نسبة حدوث البدانة لدى أبناء الوالدين الذين يكون وزنها طبيعي تبلغ 10% بينما تبلغ لدى أبناء الوالدين البدينين 80-90%.
- تبلغ في الولايات المتحدة نسبة 5% من البالغين .
- الأسباب: زيادة الوارد الحراري – عدم فعالية استخدام الحريريات – تراجع مصروف الطاقة – تراجع الاستجابة للوجبات المولدة للحرارة – الارتفاع غير الطبيعي في منطقة التحكم بالوزن .

تتمة البدانة

- التظاهرات السريرية : مشاكل مزمنة متعلقة بالوزن – آلام الظهر – آلام المفاصل – التقرحات الركودية الوريدية في الطرفين السفليين – الزلة التنفسية الجهدية – قوالب صفراوية- عسرة الطمث- العقم- القلس المعدي المريئي- الفتوق-الاربية-السرية – الاندحاقية. ارتفاع نسبة الوفيات
- التشخيص التفريقي والحالات ذات العلاقة : بعض الامراض الغدية – قصور الدرق - داء كوشينغ- الداء السكري الكهلي

التدبير الطبى والجراحي

- التدبير المحافظ: تعديل نمط الحياة – عوز-50 كيلو حريرة
ينعكس بخسارة 2/1 كغ من الشحم اسبوعياً. المعالجة الدوائية
: الامفيتامينات منبهات الجملة العصبية تنقص الشهية
وغيرها من أدوية مثبتة للشهية .
- جراحة البدانة: شفط الشحوم- تصغير حجم المعدة مع
تحريض سوء الامتصاص المعوي أو بدونه
تصنيع المعدة(جيب أصغر) بالتطويق الطولاني Gastric
band عن طريق تنظير البطن – قطع المعدة على شكل
كم Sleeve Gastrectomy طرق أخرى: الاجراءات
المؤدية لسوء الامتصاص: التحويل الصفراوي البنكرياسي
أو التحويل الصفراوي البنكرياسي مع تحويلة عفجية. تحويلة
(Roux-en-y)

الاستطابات للجراحة

- المرضى الذين لديهم BM/ يعادل 35 أو أكثر مع مرض مرافق .
- المرضى الذين لديهم BM/ يعادل 40 أو أكثر بغض النظر عن وجود مرض مرافق مرشح للأمراض البدانة .
- مضادات الاستطاب:1) عاجز عن الخضوع للتخدير العام بسبب وجود مشكلة قلبية – رئوية – كبدية. 2) غير راغب أو غير قادر على الالتزام بتعديلات نمط الحياة.

الاختلالات الجراحية

- الصمة الرئوية- مشاكل تخديرية
- التسريب من المفاغرة الهضمية
- تضيق المفاغرة
- التقرحات الهامشية
- انسداد الأمعاء
- فقر الدم بعز الفيتامينات من ب 12- سوء التغذية
- الفتوق

BREAST DISEASES أمراض الثدي

الفحص الذاتي : self examination

صعوبات : فرط التشحم بالثدي , الفرط الغدي

امراة نحيلة وثدي صغير أسهل من امراة بدينة وثدي كبير . من حيث جس
العقد الصغيرة

مراجعة الطبيب من أجل الثدي :

الاستجواب :

الشكوى : C/O: كتلة في الثدي , ألم مركز في الحلمة

متى بدأ بالظهور أية علاقة بأي رض

P.M.H : القصة المرضية السابقة : عملية سابقة في الثدي ,
رض على الثدي

F.H : القصة العائلية : أقرباء مصابين بمرض في الثدي
مثل سرطان الثدي , أم – أخت – عمه- خالة .

S.H : العادات مثل التدخين .

DRUGS : الأدوية : حبوب منع حمل – أدوية أخرى .

ALLERGY : التحسس .





BAYSON ©





فحص الثدي السريري

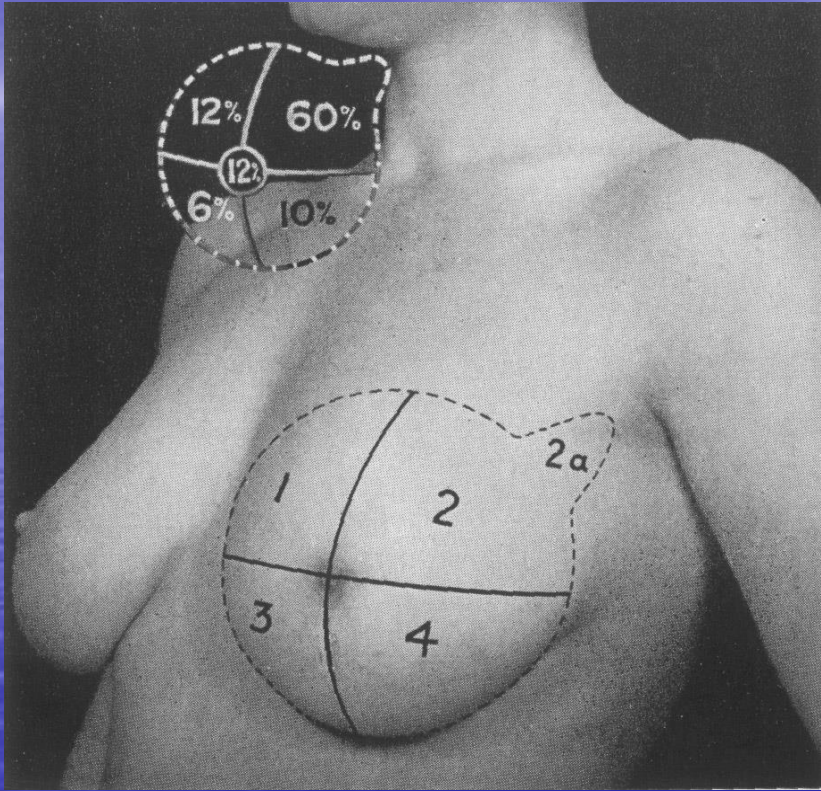
التأمل : INSPECTION : تناظر الثديين – تأمل

الجلد – الحلمة – علامة قشر البرتقال PEAU

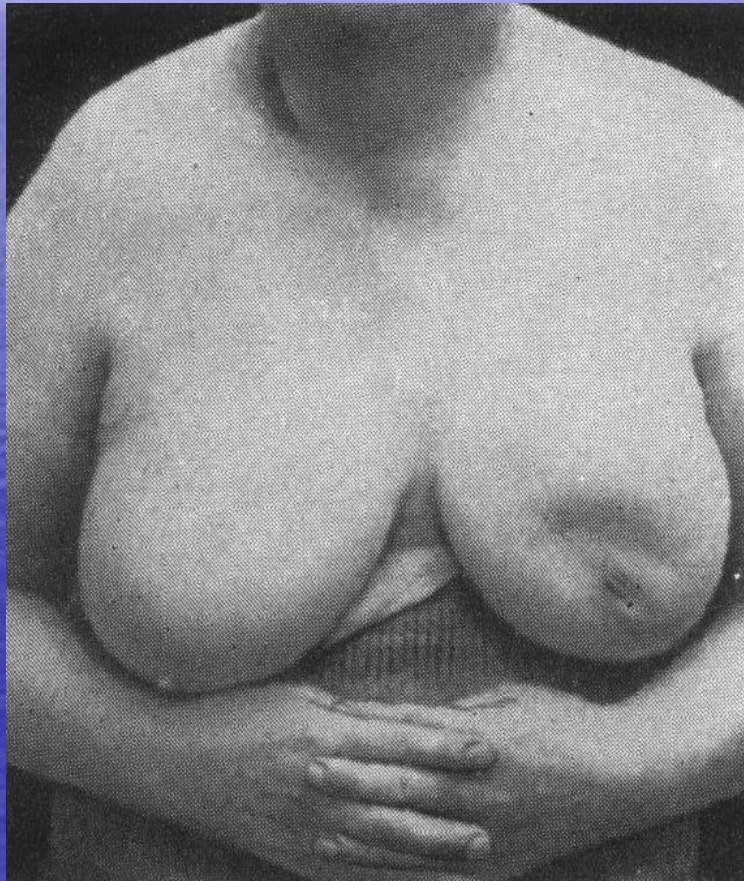
D,ORANGE - وجود دوران وريدي .

نزمن الحلمة : (وجود مظهر وذمي) : مصلي – لبني –

دموي .





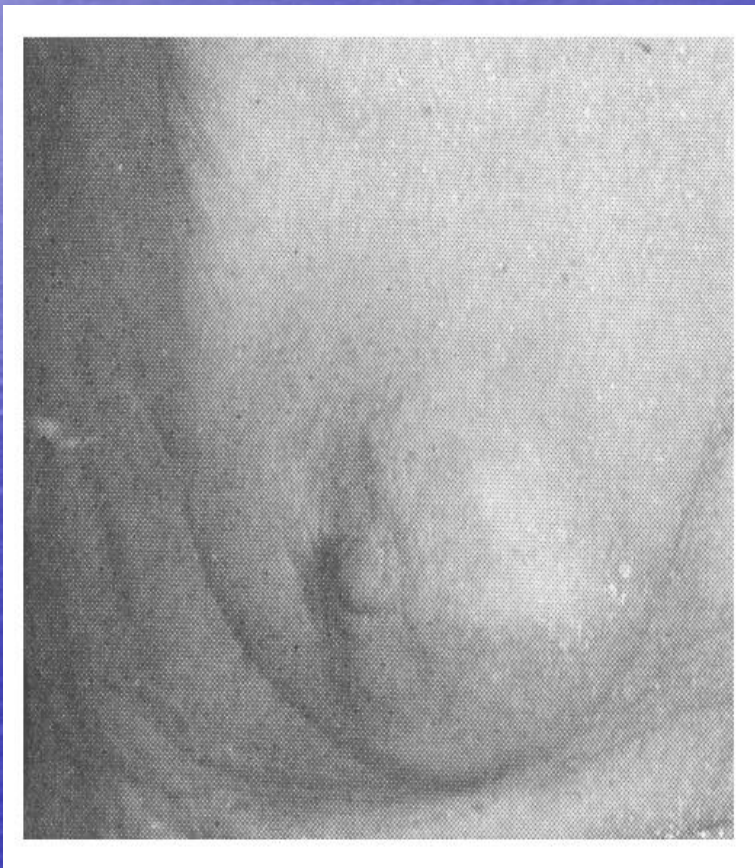


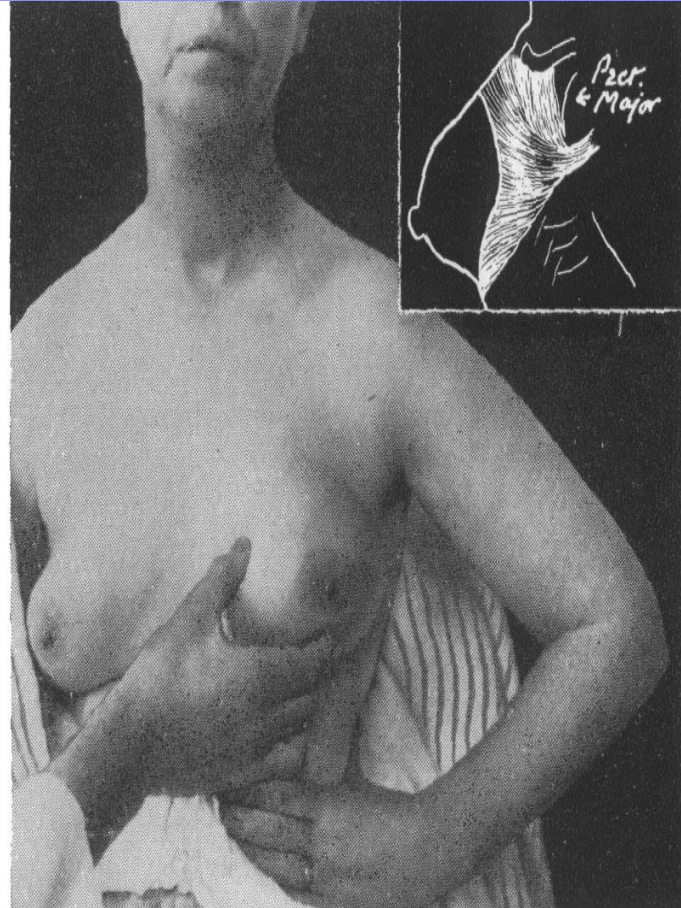
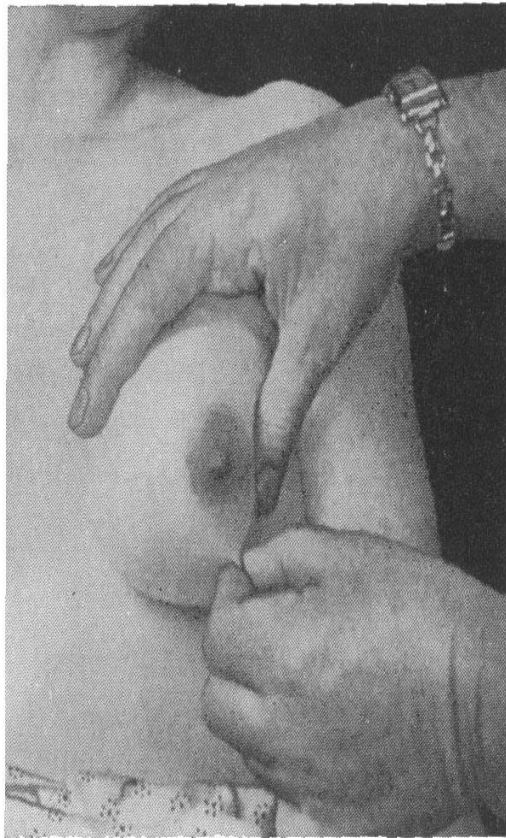
الجس : PALPATION :

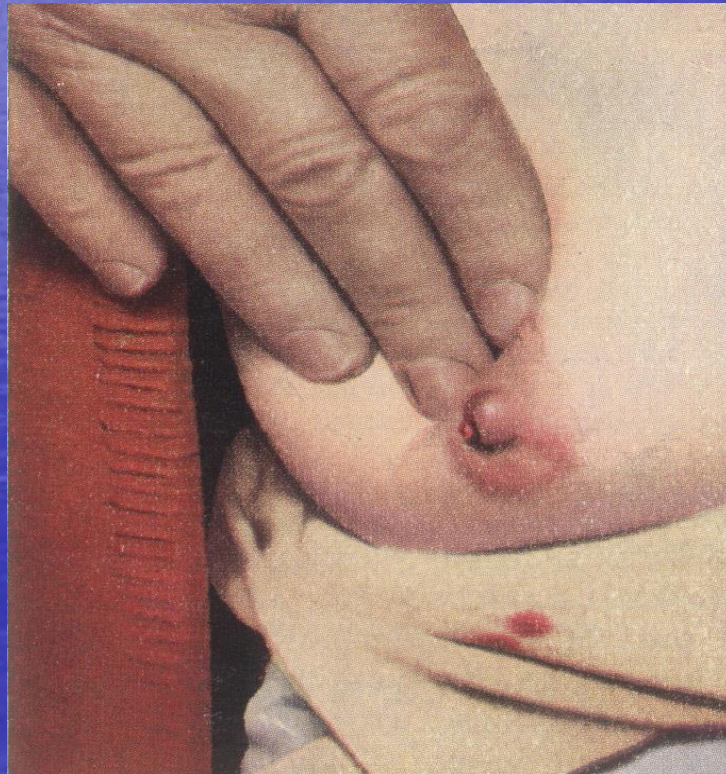
وضعية الجلوس : استرشاد بالمريضة التي تعرف ان تجد العقدة .

وضعية الاستلقاء الظهرى :بدأ بفحص الثدي السليم يد الفاحص مبسوطة تدفع بلطف غدة الثدي أمام جدار الصدر وفرش غدة الثدي على السرير وهو جدار الصدر تجس كل ربع ثدي على مرة جس الامتداد الإبطي .

تحديد العقد غير الطبيعية : مكانها , حجمها , عددها , قساوتها .
مؤلمة أم لا , التصاقها وحركتها على الجلد والعمق تضغط الثدي يلطف لنشاهد إذا كان نرمن الحلمة .





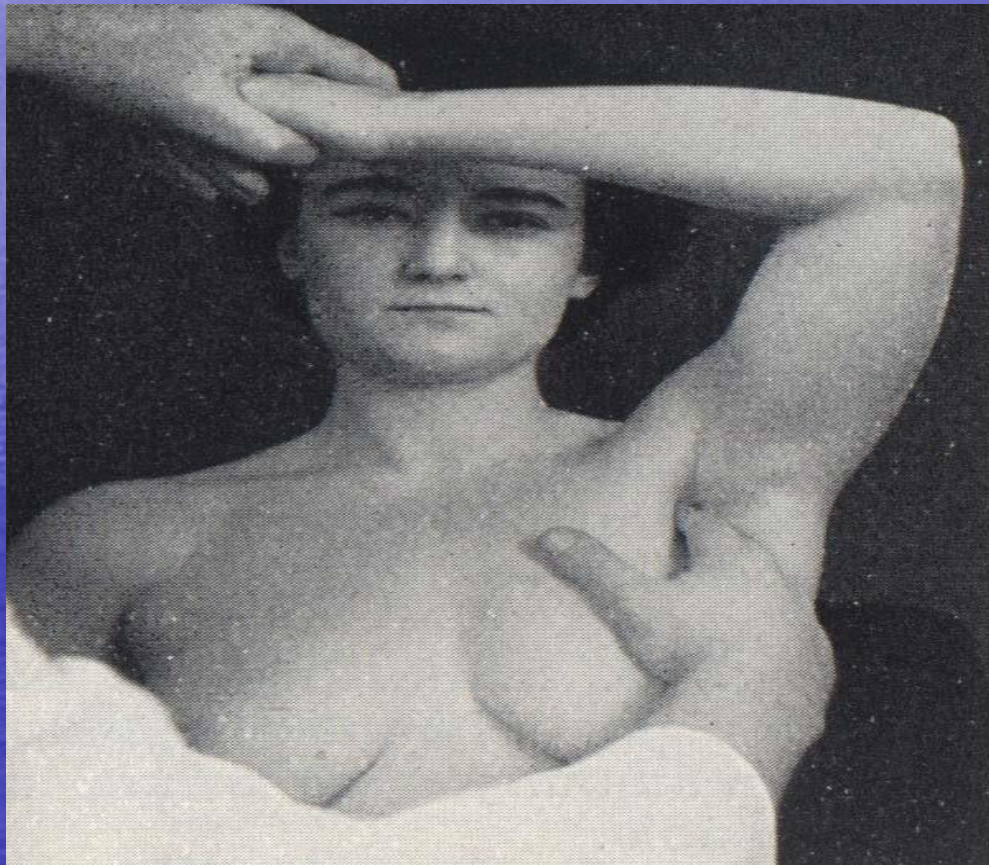


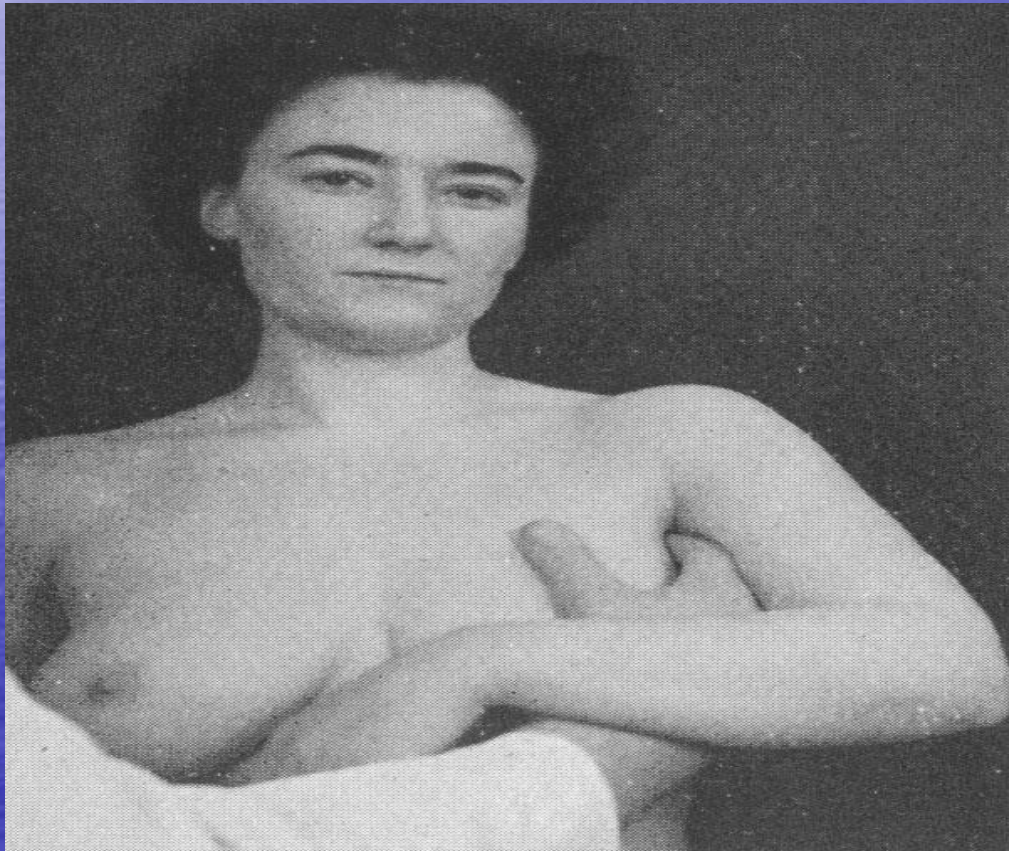
استقصاء لعقد الإبطية : AXILLARY LYMPH NODES

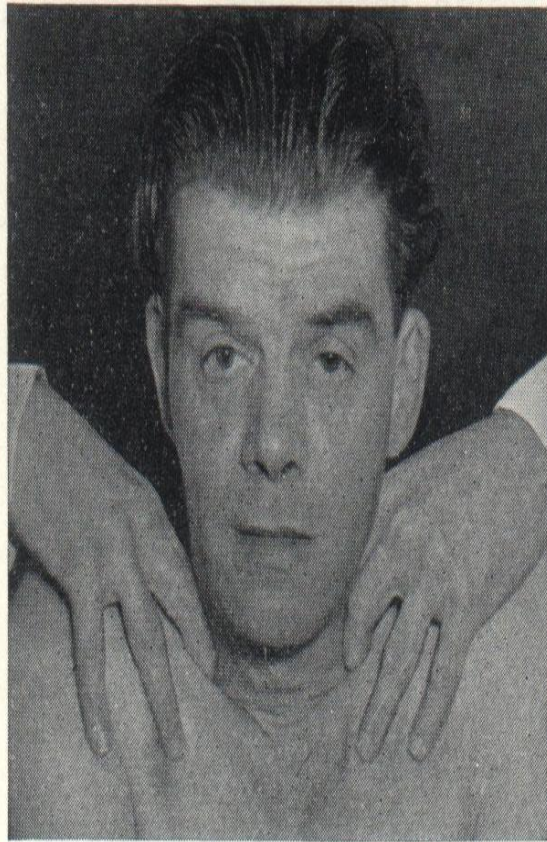
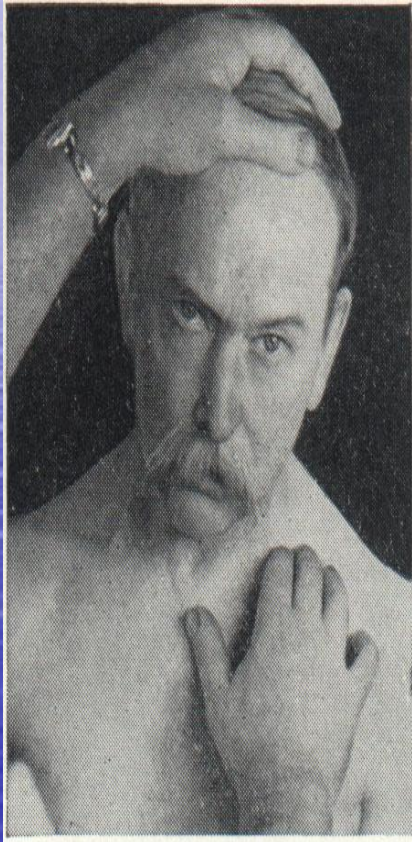
تترك العضد إلى جانب الصدر مع تبعيد خفيف ويد
الطبيب يجب أن تكون منحنية الأصابع داخل الحفرة
الإبطية وتجس جدار الإبط الأنسي من الأعلى إلى الأسفل
ومن الخلف إلى الأمام , يجب تحديد حجم العقد البلغمية –
ايلامها – ارتشاحها – حركتها – عددها .

Supra clavicular lymph Nodes

استقصاء العقد الإبطية فوق الترقوة بواسطة جس الحفرة
فوق الترقوة .







الاستقصاءات المتممة :

الصورة الشعاعية للثدي : **MAMOGRAPHY** - الايكوغرافي

فائدة : للمسح والمراقبة – حجم الورم وحالة الأنسجة حوله .

صورة الثدي الطبيعية : ربما تجد تكتلات فيزيولوجية على مسير الأوعية والأقنية اللبئية .

صورة الثدي المرضية :

1- كثافة ذات حدود غير منتظمة ومسننة بشكل سرطان

2- كثافة مدورة منظمة الحواف – ورم غدي ليفي – كيسة ثدي .

3- كثافة مدورة ومتعددة – داء كيسي ليفي .

4- تكتلات ناعمة : **MICR- CALCIFICATION** - متعددة

ومتجمعة (عنقودية) هي واسمة للسرطان – تكتلات كبيرة ومبعثرة تشاهدون الأورام

الغدية اللبئية القديمة أم تكتلات حدار الكيسات

CYTOLOGY EXAMINATION : الدراسة الخلوية :

F.N.A لطاخة – بذل مع ارتشاف – كبسة – كتلة –
ارتشاف بالإبرة الرفيعة .

سائل الكيسة : أخضر – بني – محمر أو دم صرف .

الخزعة : BIOPSY للدراسة النسيجية

استئصال – تشخيصية – مبردة – TRU-CUT

شدوذات الثدي :

- غياب الثدي – غياب الحلمة فقط

- تعداد الأثداء

ضمور الثدي عند المرأة :

1- أسباب عامة : - توقف افراز أو قصور أو

استئصال المبيضين

2- أسباب موضعية : ضمور وحيد الطرف , ورم

دموي , التهاب الثدي

- فرط حجم الثدي : عند البلوغ – عند المسنات بسبب

تكرار الحمل والإرضاع

التهابات مزمنة : خراج مزمن - عقد مؤلمة متحركة
تترافق بخروج قيح من الحلمة

الداء الكيسي الليفي : FIBROCYSTIC
: disease

عقيدات منتشرة بالثدي بين 20-50 سببه اضطراب
هرموني

الورم الغدي الليفي FIBRO ADENOMA :

بين سن ال 20-30 سنة كتلة مدورة أو بيضاوية ملساء
متحركة ورم سليم (فأرة الثدي)

MOUSE OF THE BREAST

أمراض الثدي بشكل عام :

(1) – كدمة الثدي CONTUSION

(2) – انتانات الثدي : وغالبا“ العقديات والعنقوديات بسبب تسرب الجراثيم عن طريق الحلمة

التهاب لمفاوي حاد : بعد عشرة أيام من الولادة حرارة عرواءات .
تضخم وآلام عقد اللمفاويات

التهاب الثدي الحاد : بعد عشرين يوم

1- التهاب بالأقنية المفرغة – ازدياد حجم الثدي –

حليب مع قيح

2- التهاب الغدد نفسها – خراج الثدي

BREASTABSCESS

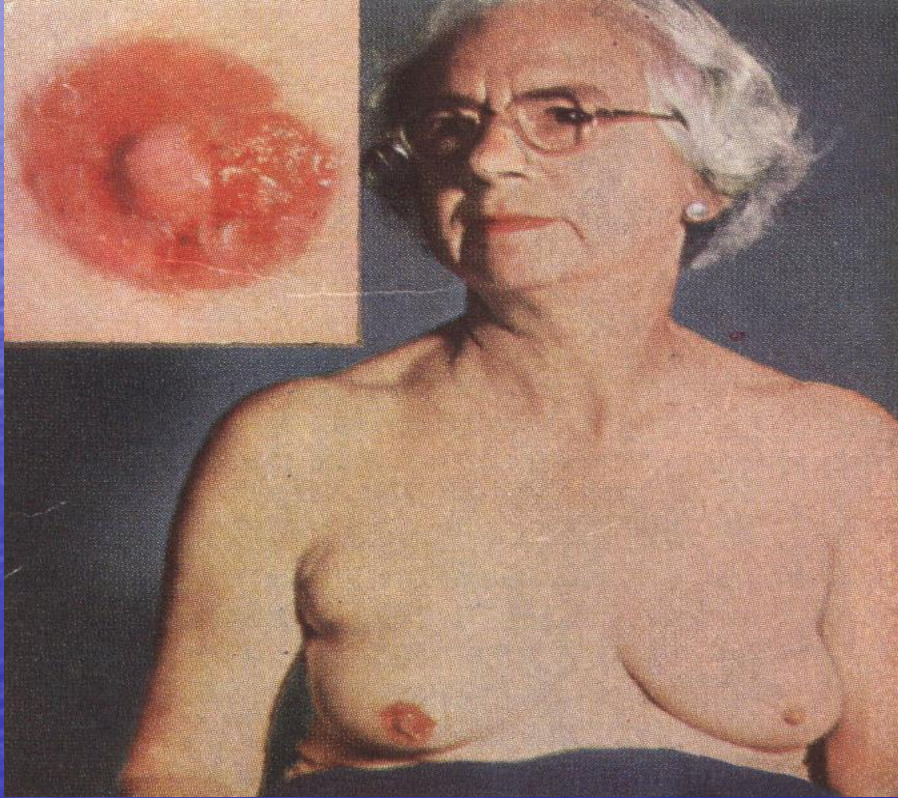
سرطان الثدي : CARCINOMA OF BREAST

له أنواع كثيرة – يصيب النساء في سن متقدم عادة

غالبا“ : كتلة قاسية موجودة في الربع العلوي الوحشي من الثدي
تترافق في اكثر الأحيان مع تضخم في العقد اللمفاوية الإبطية .

أنواع نادرة من السرطان :

داء باجيت paget disease: الورم الحليمي الخبيث داخل
الأقنية تبدأ على أحد الثقوب البنية على شكل قشرة أو تألولة نازة ثم
تتحول إلى بقعة حمراء متقرحة تمتد إلى العمق وفي 20 0/0 من
الحالات السريرية تترافق مع سرطان عميق حقيقي وفي 90 0/0
يترافق تشريحا“ مع سرطان حقيقي .



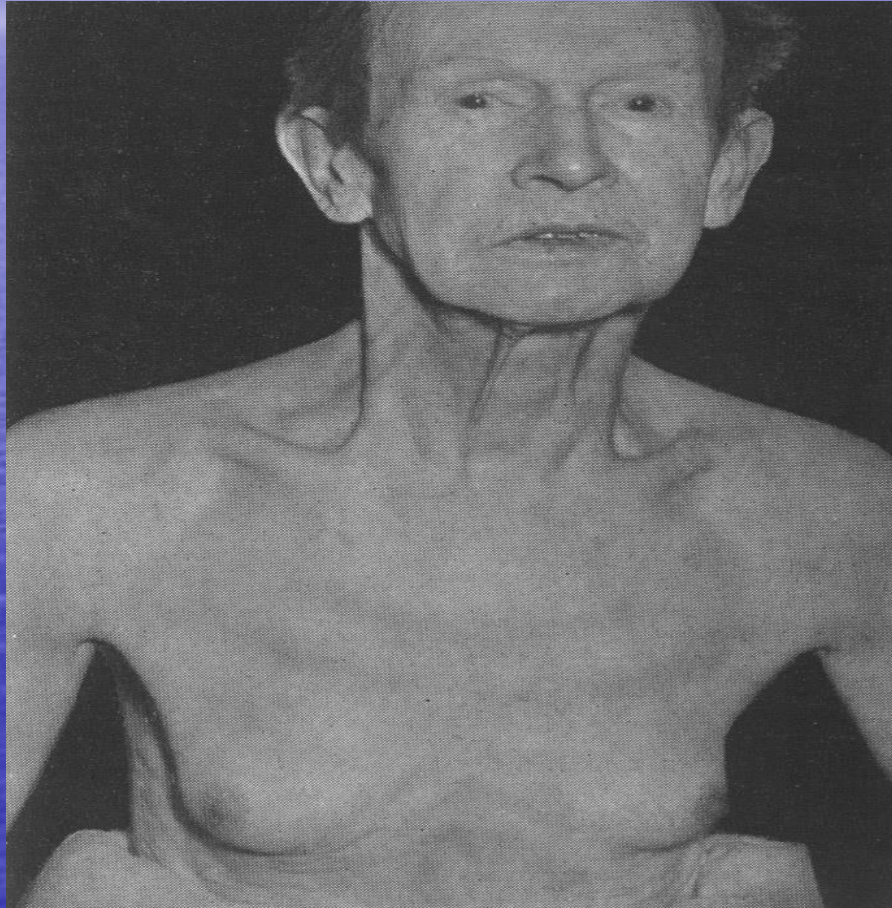
NIPPLE DISCHARGE : النز من الحلمة :

ويقصد بذلك النز غير اللبني في خارج أوقات الإرضاع والحمل .

نز دموي . إما ورم حليمي سليم داخل الأقنية papilloma أو سرطان في بدايته حوالي 1/8 من الحالات .

التثدي عند الرجال GYNECOMASTIA :

وحيد الطرف أو مضاعف – سببه بدئي بالتثدي أو ثانوي لآفة بالخصية – البروستات – كثير التوارد في كل الأعمار – التثدي كله متضخم ومطاطي – يحتاج إلى عمل جراحي من أجل ناحية تجميلية



سرطان الثدي

- عوامل الخطورة :
- العمر عند بدء الطمث:التأخر في بدء الطمث يعطي حماية من سرطان الثدي
- العمر عند سن اليأس: يقل مع حدوث سن اليأس الطبيعي تحت سن ال45
- الحمول:أشيع عند المرأة غير الحمول والمرأة التي تنجب أول ولد بعد سن الثلاثين عندها خطورة خمسة أضعاف المرأة التي تنجب في سن 18-19
- القصة العائلية: وجود سرطان عند أم او أخت يزيد بنسبة ثلاثة أضعاف.
- الترافق مع الداء الكيسي الليفى: (خطورة نسبية)

تتمة عوامل الخطورة

- التعرض للاشعاعات- تناول حبوب منع الحمل
- استخدام الاستروجين للنساء بعد سن اليأس(مثل استعماله لمنع تخلخل العظام)
- عوامل جينية: BRCA1-BRCA2-BRCA3-Her2
- الارضاع :له تأثير واق
- تناول الطعام الدسم والكحول – زيادة نسبية
- التعرض للاشعاعات الكهربائية عند العاملين أو الجوار
- النشاط الجسدي الرياضة عند اليافعات تقلل نسبة الخطورة.

تطور المرض

- لكي يصبح المرض 1 سم يجب أن تتضاعف الخلايا ثلاثين مرة . ولذلك أسرع ورم حتى يظهر سريريا يأخذ على الأقل 5 سنوات . يرافق التكاثر الخليوي تليف يشد أربطة كوبر مسببا الانكماش الجلدي كما أنه ينتشر الى الأوعية الليمفاوية مسببا وذمة جلدية كما ينتشر الى العقد الابطية وسلسلة الثدي الباطن وفوق الترقوة .

تصنيف : T.N.M.

- T0-لايوجد كتلة مجسوسة T1- الورم أقل من 2 سم- T2-الورم بين 2-5سم – T3-الورم أكبر من 5 سم .T4-ورم مع غزوللجلد أو للعمق .
- N0-لايوجد عقد مجسوسة -N1 - عقد ابطية متحركة – N2عقد ابطية ثابتة - N3- عقد فوق الترقوة .
- M0- لا يوجد علامات انتقال بعيدة – M1- يوجد علامات انتقال بعيدة بما يشمل الانتقال الى الجلد

Stages مراحل المرض

- المرحلة الأولى: الورم أقل من 2سم ولا يوجد عقد ابضية
مشتبهة.
- المرحلة الثانية: الورم بين 2-5 سم وهنا عقد ابضية
مجسوسة أو مشتبهة.
- المرحلة الثالثة: الورم أكبر من 5سم مع عقد ابضية متحركة.
- المرحلة الرابعة: اما ورم مثبت على جدار الصدر أو متفرح
أو له علامة قشرة البرتقال بغض النظر عن العقد والانتقالات
أو ورم بأي حجم ولكن مع عقد فوق الترقوة أو ورم بأي
حجم وصفة للعقد ولكن بوجود انتقالات.

معالجة سرطان الثدي

- هناك تغيير وجدل دائم حول أحسن علاج لسرطان الثدي وذلك بسبب التطور في سبل التشخيص والعلاج
- المعالجة الجراحية: الجراحة المحافظة استئصال ربع الثدي مع تجريف الأبط والمعالجة الشعاعية. استئصال الورم فقط مع معالجة تكميلية - استئصال واسع للورم مع تجريف للأبط ومعالجة شعاعية أو كيميائية.
- استئصالات الثدي: البسيط - الجذري - الجذري المعدل - استئصال الثدي فوق الجذري .
- المعالجة الكيميائية: كمعالجة متتمة في حال انتقالات مجهرية في العقد الأبطية أو في حال عدم إصابة العقد المنطقية ولكن المريضة في حالة عالية الخطورة (خلية غير مميزة - سلبية مستقبلات الأستروجين - آفة كبيرة ومنتخرة .) يمكن استخدامها للتنقيص من حجم الورم قبل العمل الجراحي.

نتمة معالجة سرطان الثدي

- المعالجة الهرمونية : عند ايجابية مستقبلات الاستروجين 50-60% و40% عند ايجابية مستقبلات البرجسترون فقط وعند ايجابية الاثنين معاً ترتفع بحدود 75%.
- جراحياً: استئصال المبيضين او الكظرين أو استئصال النخامة (نادرا حالياً) .
- – Tamoxifen:دوائياً :- الشائع حالياً

سرطان الثدي والحمل

- تشخص 1-4 من سرطان الثدي اثناء أو مباشرة بعد الحمل
علماً أن أكثر أورام الثدي اثناء الحمل هي من نوع الاورام
الغدية الليفية حميدة (سن يافع) أو كيسات لبنية كثيرة والتي
يمكن معالجتها بالبزل اذا اضطر الأمر.
- في سرطان الثدي يجب اجراء العمل الجراحي بغض النظر
عن مرحلة الحمل ولكن يجب انهاء الحمل حينما يوجد
استطباب للمعالجة الكيميائية .



أمراض الغدة الدرقية الجراحية

Surgical diseases of Thyroid gland

لمحة تشريحية وفيزيولوجية: الغدة الدرقية هي غدة صماء تقع في الناحية الأمامية للعنق يبلغ وزنها عند الكهول 20-30 غرام ولها شكل حرف H

وتتألف من فصين أيمن وأيسر يصل بينهما البرزخ الذي يغطي الحلقيتين الرغاميتين الثانية والثالثة وفي حالات قليلة يوجد فص هرمي يمتد فوق البرزخ . التروية الشريانية من الشريان الدرقي العلوي والسفلي والنزح الوريدي من شبكة أوردة ترافق الشريان إلى الأوردة الدرقية العلوية والسفلية ومنها إلى الوريد الوداجي. التعصيب بالعصب الحنجري الراجع الذي يمر في الميزابة الرغامية المريئية وهو حسي وحركي إلى كل عضلات الحنجرة ما عدا الحلقية الدرقية العصب الحنجري العلوي وهو حركي للعضلة الحلقية الدرقية

وظيفة الغدة الدرقية

وظيفتها تركيب و تخزين وافراز الهرمونات الدرقية T3-T4 من الخلايا الجرابية أما الخلايا C فتنتج الكالتستونين (له علاقة بالكالسيوم). تؤثر الغدة عند افرازها لهذين الهرمونين على معدل الاستقلاب في كافة الانسجة فتزيد من معدل الاستقلاب وزيادة استهلاك الاوكسجين ومن تحلل الغليكوجين مؤديا الى ارتفاع السكر في الدم. ويزيد من تأثير الكاتيولامين الاستقلابية والدورانية والعصبية مؤديا الى زيادة معدل النبض والنتاج القلبي وجريان الدم والى حدوث عصبية وهيوجة ورعش عضلي التي يمكن احصارها باستعمال حاصرات بيتا .

الدراق Goiter

تعريف: الدراق هو ضخامة في الغدة الدرقية وقد يكون الدرق منتشرًا أو بؤريًا. وقد يكون أملسًا أو عقديًا. وقد يترافق بوظيفة درقية سوية أو بفرط الوظيفة أو بالقصور.

الدراق البسيط: وهو ضخامة منتشرة ومتجانسة وغير عقيدية مع وظيفة درقية سوية أو ناقصة وقد تحدث أعراضًا انضغاطية.

المعالجة: محافظة: التروكسين - جراحية: عند فشل العلاج المحافظ - أو بسبب الانضغاط- أو جمالية.

الدراق العقيدي: وهو ضخامة عقيدية بؤرية أو منتشرة وهو الأكثر شيوعًا. بعضها يظهر تنكسًا كيسيًا واضحًا. عديم الأعراض أو أعراض انضغاطية. المعالجة جراحية بسبب علامات الانضغاطية أو الخوف من السرطان عند وجود منطقة قاسية أو ذات نمو سريع.

Graves disease داء غريف

هو مرض مناعي ذاتي يتظاهر بمتلازمة سريرية لفرط الاستقلاب - خفقان- تعرق- عصبية - نقص وزن- رعاش اليدين -الجحوظ- وذمة الأجان والملتحة- ارتفاع T3-T4 معالجة: محافظة: بواسطة اليود المشع- أدوية مضادة الدرقية مثل التابازول -الكاربامازول-الميتمازول وهي سريعة التأثير - محاصرات بيتا تخفف تسرع القلب. معالجة جراحية: استئصال الجزء الأكبر من النسيج الدرقي في حال عدم النجاح المحافظ أو رفضه أو وجود مضاد استقلاب للعلاج باليود.

داء العقيدي السمي (داء Plummer): عقيدة مفرطة الوظيفة ذاتيا غي غدة درقية سوية أو عدد منها أعراضها: اضطراب النظم - ارتفاع T3-T4 .المعالجة جراحية بعد تحضير المريض بمحلول logol 10 يوم Hashimoto: اضطراب مناعي شائع عند النساء- دراق منتشر مع صور درق- وجود أضداد-علاج تروكسين- جراحة :انضغاط- شك خبائث

أورام الدرق Thyroid Tumors

نوعين: أورام حميدة- أورام خبيثة

1) أورام حميدة: Thyroid Adenoma وهي عقدة وحيدة ومحاطة بمحفظة وتضغط النسيج الدرقي المجاور لا تقبض اليود المشع وتسمى العقدة الباردة المعالجة: جراحية - استئصال خوفا من الخباثة

Thyroid cyst: وهي عقيدة ملساء وحدودها واضحة ومطاطية تتحرك مع البلع ولا تقبض اليود المشع, البزل بالابرة يؤكد التشخيص ، المعالجة جراحية: استئصال الكيسة

2) أورام خبيثة: 1-2 % من مجموع السرطانات 20% منها عقد درقية وحيدة, النساء أكثر من الرجال 4-1 , عند الاطفال 50% من العقيدات الدرقية تكون خبيثة.

المظاهر السريرية لاورام الدرق

يتعلق بمرحلة الورم- فقد يتظاهر بالبدء بعقيدة واضحة الحدود ضمن
الفص الدرقي أو غالباً بعقيدة قاسية القوام غير منتظمة وحدودها غير
واضحة ومتحركة مع البلع وقد تترافق مع ضخامة عقد لمفية رقبية
بنفس الجنب وخاصة الوداجية أو أعراض انضغاطية موضعية تؤدي
الى حس انزعاج أو عسر بلع أو ضيق تنفس أو تبدل في الصوت .
التصوير الشعاعي في العنق قد يكشف وجود انحراف في الرغامى أو
المرى وتخطيط الصدى (الايكو) يظهر حجم الدرق وشكلها والدريقات
وتنظير الحنجرة قد يكشف شلل في الحبال الصوتية (بسبب ارتشاح
العصب الراجع) أما التفريسة الدرقية باليود المشع فقد تكشف وجود
عقدة باردة تحاليل مخبرية: T3-T4 – الكالسيونين
الخزعة بالأبرة هي الوسيلة الأكثر فاعلية في التشخيص

التصنيف السريري لأورام الدرق TNM

الورم: T0 – لا يوجد ورم مجسوس

T1 – ورم وحيد الجانب ومتحرك

T2- ورم بالجانبين ومتحرك

T3- ورم تجاوز الغدة – ثابت ومرتشح

العقد الليمفاوية: N0 – لا يوجد عقد مجسوسة

N1- عقد وحيدة الجانب ومتحركة

N2- عقد في الجانبين ومتحركة

N3- عقد ثابتة وغير متحركة

الانتقالات: M0 - لا يوجد نقائل بعيدة – M1 – يوجد نقائل بعيدة

الأنماط النسيجية لأورام الدرق

السرطانة الحليمية: Papillary carcinoma: 60% وهي متعلقة بTSH تتميز بالنمو البطيء مع الانتشار الى العقد الليمفاوية- عند النساء أكثر من الرجال - عند الأطفال هي الأشيع 80%

السرطانة الجريبية

Follicular carcinoma 20% وهي متعلقة ب TSH وهي أكثر عند النساء موجودة أكثر عند عوز اليود وتنتقل غالباً عن طريق الدم .

السرطانة اللبية Medullary carcinoma 10% وهي متعلقة ب TSH ولا تثبت اليود المشع , تحدث في كل الأعمار وتنمو السرطانة على الخلايا C وهي مفرزة للكالتوتنين , تنتشر عن اللمف والدم.

السرطانة الكمشية Anaplastic carcinoma 1% تنمو سريعاً وتغزو

البنى المجاورة. أورام أخرى - اللمفوما. أولي أو ثانوي Lymph

sarcoma عند النساء أكثر علاج بالأشعة أو كيميائي

معالجة أورام الدرق Treatment

المعالجة الجراحية : هي الأساس في معالجة سرطان الدرق –

استئصال كامل للدرق ان أمكن مع المحافظة على وظيفة الدريقات ودون أذية العصبين الراجعين مع أو بدون استئصال العقد الليمفاوية

على حسب الإصابة – خزعة فورية أثناء الجراحة (Frozen section)

المعالجة باليود المشع : لتخريب البقايا الدرقية بعد الجراحة والنقائل

المدواة بالأشعة : باستعمال الكوبالت

المدواة الهرمونية : اعطاء الهرمون الدرقي الخارجي المنشأ

المدواة الكيميائية : العلاج بها هو الأقل

الاختلاطات بعد العمل الجراحي

- 1- النزف -2- إصابة العصب الحنجري العلوي (الشرذقة للسوائل وتزول تلقائياً بعد عدة أسابيع) 3- إصابة العصب الحنجري الراجع: إصابة جهة واحدة (بحة خيفة في الصوت ناتجة عن خذل في الحبل الصوتي المرافق يمكن أن تزول بعد عدة أيام) – إصابة بالجانبين (فقدان الصوت مع ضيق في التنفس ناجم عن شلل في الحبالين الصوتيين ربما يحتاج الى خزع رغامي عاجل 4- قصور الدرقية علاجها باعطاء غلوكونات الكالسيوم 5- العاصفة الدرقية في حال لم يحضر المريض بشكل جيد (تعرق غزير مع هيجان الخ..) 6- قصور الدرق اعطاء التيروكسين

أمراض جارات الدرق الجراحية

Surgical diseases of parathyroid

لمحة تشريحية فيزيولوجية: عادة هناك 4 دريقات وزن الواحدة 40-70مغ وطولها 3-8ملم وعرضها 2-4 ملم. تتوضع العلويتان عند اتصال الثلثين المتوسط مع العلوي والسفليتين بجوار القطب السفلي للدرق وكلهم على الوجه الخلفي للدرق. نسيجيا تتألف من الخلايا الرئيسية chief cells والخلايا الحمضة oxyphil cells وكمية معتبرة من الشحم. تفرز غدد الدريقات هرمونا خاصا بها يدعى هرمون الدريقات (P.T.H) وهو المنظم الأساسي لاستقلاب الكالسيوم ويعمل بالمشاركة مع الكالسيتونين وفيتامين د3 لينظم تركيز الجزء الشاردي للكالسيوم في البلازما وعندما ينخفض كالسيوم المصل يزداد افراز الهرمون فيزداد الكالسيوم في الدم ويزيد طرح الفوسفور-يعمل بالتآزر مع فيتامين د ليزيد امتصاص الكالسيوم والفوسفور من الأمعاء وإعادة امتصاصه من الكليون Nephron, وطرح الفوسفور

Adenoma- Hyperplasia- Cancer

Adenoma: 90% ورم حميد ومحاط بمحفظة يصيب الناء أكثر من الرجال

فرط التنسج – Hyperplasia: 9% يصيب الغدد الأربعة

السرطان Cancer 1% وهو ورم غير محاط بمحفظة

التظاهرات السريرية: معظم المرضى بدون أعراض وتكشف أثناء الفحوص المخبرية لأمر أخرى مثل ارتفاع الكالسيوم بالدم – الحصيات الكلوية – المتلازمة العظمية (آلام عظمية متوزعة في العظام الطويلة والحوض وال فقرات وتشوه الفقرات نتيجة زوال الكلس- تلين العظام) فرط الضغط الشرياني – التهاب معنكلة حاد نقص المقوية العضلية-تعب سريع

مخبر: ارتفاع هرمون الدريقات-ارتفاع الكلس- انخفاض الفوسفور المصلي

أشعة: علامات نقص التكلس العظمي –

المعالجة: استئصال الورم – في حالات فرط التنسج الذي يصيب الأربعة:

استئصال 3 ونصف أو الأربعة مع غرز نسيج دريقي في احد عضلات الساعد

الأخماج الجراحية Surgical infections

الخمج: هو ارتكاس العضوية المتوضع أو المعمم الناجم عن دخول أحد الجراثيم المرضية أو ذيفانتها إليها.

الخمج الجراحي: هو الخمج اذي يحتاج للجراحة في علاجه أو الذي يحدث كمضاعفة بعد الجراحة وتتضمن معالجتها اجراء النرح الجراحي وازالة النسج المتخرة أو الملوثة بشدة مع اعطاء الصادات.

العوامل المؤهبة: موضعي الجروح الرضوض والكدمات واقفار النسج

عام: تقدم العمر – السكري- الخباثات- معالجة- كيميائية- شعاعية

الخراج Abscess: هو تجمع قيحي ضمن النسج يحيط به ارتكاس التهابي

نوعان: سطحي (جلد- ثدي) عميق (كبد – بطن – رئة- دماغ)

تتمة الأخماج

العامل الممرض: عادة العنقوديات الذهبية – الاشيرشيا القولونية –
اللاهوائيات المشاركة للجراثيم الهوائية.

علامات موضعية: ألم – احمرار مع سخونة – انتباج – عجز وظيفي

علامات عامة: حمى شديدة مع نوافض- انحطاط عام مع صداع.

المعالجة: النزح الجراحي مع اجراء الزرع الجرثومي- اعطاء الصادات

التهاب الهل- Cellulitis: هو خج في النسيج الرخوة (الجلد والنسج

تحت الجلد) الثانوي لغزو جرثومي (العقديات عادة والعنقوديات

أحيانا) يتظاهر باحمرار- حرارة موضعية- وذمة- آلام متوضعة وعجز

وظيفي. المعالجة: محافظة راحة موضعية مع رفع الطرف ووضع

كمادات كحولية على الناحية المصابة واعطاء الصادات.

تتمة الاخماج

التهابات اخرى:

التهاب الجريبات: Folliculitis هو خمج الجراب الشعري السطحي مع نخر تسييه العنقوديات عادة يتصف بتباز محمر في مركزه شعيرة

المعالجة: موضعيا بالمطهرات والكمادات

الدمل Furuncle: هو خمج الجريبات العميق النخري تسببه العنقوديات الذهبية – انتباج بارز أحمر ومؤلم يزداد حجمه تدريجيا مع وجود بثرة لايلبث أن ينفتح عفويا ويخرج القيح ثم يحدث الشفاء .

المعالجة: راحة- كمادات – صادات في بعض الأحيان

الجمرة Carbuncle: هي خمج الأجرية الشعرية لمجموعة دمامل تشاهد عند السكريين . المعالجة: فتح ونزح البؤر المتقيحة مع صادات

تتمة الأخماج

التهاب الغدد العرقية- Hidradenitis - هو خمج الغدد العرقية المؤدي الى خراج وهو يتواجد عادة في المنطقة الإبطينية أو الأربية- وينجم عن فرط التعرق أو اكزيما التماس وتسببه العنقوديات والعقديات. يتظاهر بعقدة مؤلمة مع احمرار تكبر تدريجيا ثم تظهر علامات التموج المعالجة: راحة الطرف مع المطهرات- النرح الواسع في حال التموج التهاب العقد والأوعية اللمفاوية الحاد:

Acute Lymphadenitis and Lymphangitis

هو امتداد الخمج الموضع الى الأوعية اللمفاوية يترافق بالتهاب العقد اللمفية الناحية ويتظاهر باحمرار مؤلم وتضخم بالعقد اللمفية المعالجة: تتضمن معالجة الآفة الأولية وراحة الطرف وكمادات كحولية مع صادات

التدبير قبل العمل الجراحي

- يحضر معظم المرضى للعمل الجراحي في سياق تدبير المرضى الخارجيين.
- اعتمد التطور في تحضير المريض على تطبيق اعتبارات الوقاية وعلاج الحالات الانتانية اضافة الى التطور في علم التخدير الحديث .
- تقييم خطورة العمل الجراحي: يعتبر تحديد التوازن ما بين المخاطر والفوائد المترافقة مع تدبير مرض امرا أساسيا في تقييم خطورة أي عمل جراحي.
- فهم فكرة (المعدل العلاجي) والذي يعرف بأنه الرابط النسبي ما بين الأذية (الخطورة) والتحسين (الفائدة) المتوقعة لجراحة مرض محدد

تتمة التدبير

- تدخل اسعافية الجراحة على أنها جزء من التوازن ما بين الفوائد والمخاطر مثال (استئصال المرارة عند رجل مسن ذو أمراض عدة) .
- تمثل المحاكمة السريرية المنطقية المحصلة النهائية للطبيب المتمكن .
- العوامل الاساسية المؤثرة على خطورة العمل الجراحي أمثلة : العمر فوق السبعين – الحالة الجسدية العامة – نمط الجراحة (اسعافية – انتقائية) الحدود الفيزيولوجية للإجراء
- العلاقات الشخصية : يجب ان تقوم على التواصل الواضح والمسؤولية الشخصية تجاه المريض (نقل دقيق وصحيح للمخاطر النسبية والفوائد المرجوة من الجراحة- لآمانع من رأي طبيب آخر .

تتمة التدبير

- التحضير العام للمريض: مدى السرعة- انتقائي – اسعافي
- التحضير النفسي للمريض: شرح وتحضير المريض نفسيا للانابيب –
المفجرات .. الخ
- التحضير الفيزيولوجي للمريض: حجم الدم – نقل الدم والسوائل
الآخري – تعويض الشوارد .. الخ
- المعايير الزمنية: لايفترض أن ننتظر حتى يتم تعويض السوائل
المفقودة بشكل كامل قبل الجراحة . بل فقط تعويض جزء منها بما
يسمح بمباشرة التخدير والجراحة بشكل آمن. ففي حالات انسداد
الأمعاء والتهاب البر توان 3-4 ساعة كافية

تتمة التدبير

- الحالة التغذوية
- الوقاية من الانتان: مازال الانتان يعتبر مسبباً أساسياً للأمراض كما أنه يعتبر مصدراً أساسياً ومستقلاً للوفيات .
- أمثلة : في عمليات الأورام والسبيل الهضمي – استخدام الوصلات الصناعية أو التي سيتم فيها زرع بدائل صناعية مثل الصمامات- عند مرضى نقص المناعة- عند مرضى السكري- انتان الدم والصدمة
- الجهاز القلبي الوعائي : في حال وجود قصة لقصور قلب احتقاني – خناق غير مستقر – احتشاء حديث (دراسة كاملة) - اعطاء أدوية تخثر كوقاية .
- الجهاز: الكلوي – الكبدى – العصبى

عناصر العناية بعد العمل الجراحي

- تخفيف الألم
- العناية التمريضية الأساسية (العلامات الحيوية – تحريك المريض الباكر – ضماد الجروح- مراقبة المفجرات والانابيب والقناطر ..الخ)
- تدبير السوائل والشوارد
- تدبير انتانات الجروح
- معالجة الاختلاطات الأخرى
- النقاهاة والتأهيل العقلي والجسدي والنفسي
- تدبير المشاكل المتوقعة بعد العمل الجراحي