

أخماج الجلد والأنسجة الرخوة

الالتهاب الحاد Acute Inflammatory:

هو تفاعل النسيج الحية نحو العوامل المرضية

الأسباب (العوامل المسببة): الجراثيم العقدية - المكورات العنقودية - الرئوية - العصيات الكولونية.

الآلية :

- تدخل الجراثيم من جرح أو نفق في الجلد أو من الأغشية المرضية.

- تبدأ الكريات البيض بالدفاع, فتتسلل من خلال جدران الأوعية إلى المنطقة فتحيط بالجرثوم وتبتلعه بعد أن تتغلب عليه بافرازها مواد مضادة للسمومة وقاتله له.

- أما إذا غلبت الجراثيم فتتكاثر ويحدث الالتهاب.

الأعراض (موضعية - عامة):

أ- **الموضعية: 1- الاحمرار** (ناجم عن توسع الأوعية الدموية في الناحية).

2 - **الحرارة الموضعية** (بسبب زيادة التوعية).

3 - **الانتباج** (بسبب الانصباب المصلي الدموي في المنطقة الملتهبة).

4- الألم (بسبب انضغاط النهايات العصبية بالارتشاح الحادث في النسج).

5- تحدد الحركة (للعضو المصاب).

ب - العامة : 1 - حمى .

2 - تسرع النبض .

3 - تسرع التنفس .

سير المرض :

1 - الارتشاح : بزوال الالتهاب والشفاء .

2 - التقيح : يتشكل القيح من أشلاء الكريات البيض والنسج المتموتة .

3 - الازمان : حيث يصبح الالتهاب بطيء الفعل أو ثابت .

المعالجة : (موضعية - عامة) .

الموضعية : 1- كمادات باردة في الحالة الحادة .

2- إراحة العضو المصاب ووضعه بمستوى أفقي لأسباب دورانية.

3- ضمادات مطهرة بالكحول أو البوفيدون .

العامة : 1- صادات حيوية نوعية .

2- مسكنات الألم وخافضات الحرارة .

3- مضادات الونمة . بالإضافة للراحة التامة والتغذية .

الخراجات Abscess : حارة - باردة

- باردة : (الخراج السلي) علاج دوائي فقط .

- الخراج الحاد Acute Abscess :

هو مجمع قيحي محدود في جوف حديث النشوء , يكون عادة حالة التهابية حادة ويحدث في كل مكان من الجسم (تحت الجلد - في الثدي - الإبطن - حول الشرج - في الكبد) .

الأسباب : جميع الجراثيم المقيحة (العنقوديات - العقديات - الكولونيات) .

يتألف القيح من : خلايا - ألياف منحلة بالذيفان - كريات بيض منحلة - المصل المرتشح - ذيفان الجراثيم و أشلائها .

طرق دخول الجراثيم :

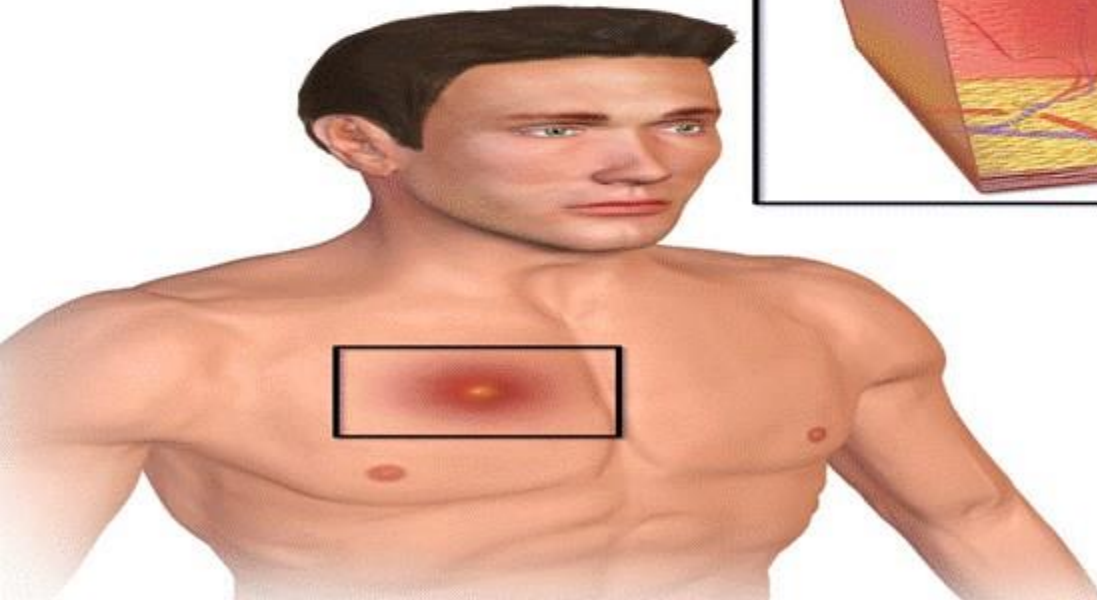
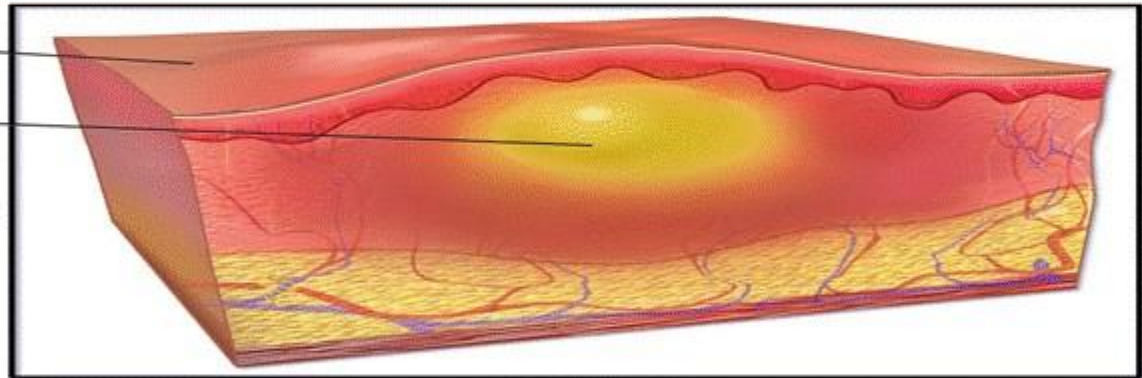
- 1- الطريق المباشر: الجروح .
- 2- المسالك الطبيعية : خراجات الرئة - خراجات الثدي .
- 3- الانتقال من الجوار: الخراجات السنخية للفك العلوي .
- 4- الطريق اللمفاوي : العقد اللمفاوية في المغبن والإبط .
- 5- الطريق الدموي : خراجات الكبد .

الخراج تحت الجلد

subcutaneous abscess


Skin

Pus



Abscess

سير الخراج :

- 1- الشفاء .
 - 2- انبثاق الخراج العفوي : على الجلد أو الأجواف المفرغة .
 - 3- انتشار الانتان : عن طريق الدم  التهاب وريد خثري .
 - 4- الازمان : تضعف فعالية الجرثوم ويبقى الخراج محاطا بمحفظة وداخلها قيح عقيم .
- الأعراض (موضعية - عامة) :**

الموضعية (انتباج - حرارة موضعية - احمرار - ألم) .

العلامات (التموج) : وهي العلامة المميزة للخراج ويتم تحريكها بوضع اصبع اليد

اليسرى على طرف الخراج بينما تضغط سبابة اليد اليمنى على الجهة المقابلة للخراج فينتقل الضغط بالسائل داخل جوف الخراج لليد الثانية .

الأعراض العامة للخراج: (حرارة - عرواءات - صداع - هضطرابات هضمية) .

مخبريا : -ارتفاع الكريات البيض (15-20 ألف كرية ملم3) على حساب المعتدلات .

-بزل الخراج واجراء الفحص المباشر والزرع الجرثومي والتحسس للصادات .

التشخيص التفريقي للخراج الحاد:

- 1- الخراج البارد .
- 2- أم الدم الشريانية : (نابضة)
- 3- الأورام الالتهابية : (سرطان الثدي الالتهابي) .
- 4- الأورام الشحمية : (لا يوجد أعراض موضعية مرافقة) .
- 5- فتق اربي غاصص أو مختنق .



علامة التموج في تحري الخراج



© حقوق النشر لمؤسسة مايو للتعليم الطبي والبحوث. جميع الحقوق محفوظة.



سرطان ثدي التهابي

التهاب غدد عرقية مزمن

العلاج :

- 1- صادات حيوية حسب نتيجة الزرع الجرثومي والتحسس .
- 2- راحة تامة مع رفع العضو المصاب لمستوى الجسم (لأسباب دورانية).
- 3- كمادات كحولية.
- 4- **جراحي (وهو العلاج الرئيسي للخراجات) : شق و تتفجير الخراج .**
 - ويتم بإجراء شق بطول مناسب ومواز للنسج والمجاورات الهامة (شريان – أقنية لبنية في الثدي.....الخ) .
 - يتم اجراء الشق في المكان الأكثر بروزا (التموج) والأكثر انخفاضا ليؤمن النزح الجيد للقيح .
 - يتم ادخال اصبع الجراح اللابسة للقفاز المعقم وتخریب كافة الحجب وفتح كافة الأجواف .
 - اخراج جميع الأجزاء المتموتة داخل الخراج .
 - يوضع مفجر مطاطي زكزاك (بنزور) .
 - ضماد يتم تبديله كلما تبلل بالقيح .
 - ينزع المفجر عندما تجف المفرزات .



شق وتفجير خراج ثدي



دمل أو خراج في منطقة حلمة الثدي

دمل أو خراج في منطقة حلمة الثدي

شق هيلتون : يجرى في الأماكن الخطيرة كالمغبن والحفرة الإبطية التي فيها أوعية دموية وأعصاب هامة , حيث يشق الجلد و الفافة السطحية بالمشروط شقا موازيا للأوعية والأعصاب ثم يؤخذ مناقش منحنى (بنس منحنى) يفتح برأسه الخراج ثم تكمل الفتحة بإصبع الجراح (بالقفاز المعقم) **وبحذر** ثم يوضع المفجر.

الخزام : يجرى في الأماكن المكشوفة (الوجه والعنق) بإدخال أنابيب شعرية (قنطرة وريدية مثلا) وبحسب خاصية النفوذية الشعرية ينزح القيح بأقل ندبة ممكنة (والنكس وارد)

الهلل (التهاب النسيج الخلوي) CELLULITIS

هو التهاب حاد منتشر للنسج المسطحة (نستثنى البنى الحشوية) يتصف بحدوث وذمة خلوية بدون تنخر ولا تقيح, أكثر ما يشاهد في الجلد والنسيج تحت الجلد وأحيانا يصيب البنى العميقة .

الأسباب :

- 1- المكورات العقدية الحالة للدم بيتا من المجموعة A .**
 - 2- المكورات العنقودية المذهبة .**
- العوامل المؤهبة:** الداء السكري .
- أكثر ما يشاهد في الطرف السفلي .

الأعراض والعلامات المرضية :

احمرار موضعي - ألم بالجس - التهاب أوعية لمفاوية مرافق - توذم - حرارة موضعية - فقاعات وحوصلات -

الأعراض والعلامات العامة: حرارة عامة - عرواءات .

التشخيص التفريقي : التهاب الوريد الخثري (سطح الجلد ولونه طبيعيًا) .

العلاج : صادات حيوية بالطريق العام .

المضاعفات : خراجات موضعية - نخر جلدي - التهاب لفافة نخري - انسمام دم - التهاب العظم والنقي - التهاب المفاصل المجاورة .

التهاب الغدد العرقية المزمن :

هو انتان ثانوي تالي لانسدادأقنية الغدد العرقية المتوضعة بشكل أساسي في الإبطن و الناحية الشرجية العجانية, وبشكل ثانوي تحت السرة وحلمة الثدي , عند الشباب يظهر تقيح الغدد العرقية لدى المصابين بالعد الشبابي (جرب شعري قبيح) .

هناك شكلان سريريان لالتهاب الغدد العرقية المزمن :

- التقيح الإبطني المزمن .

- داء فيرنوي verneuil .

التقيح الإبطي المزمن :

هو آفة انتانية مزمنة تصيب الغدد العرقية في الناحية الإبطية , قد يترافق مع ظهور خراجات أونواسير , وبالتالي ندبات تصلبية , يصيب الإناث أكثر من الذكور .

العلاج : الاستئصال الجذري والإغلاق . إما بالخياطة مباشرة أو تركه للشفاء بالمقصد الثاني أو التطعيم الجلدي (المباشر أو المتأخر) .

ويجب الانتباه لعدم حدوث ندبات انكماشية محددة للحركة .

داء فيرنوي verneuil : (التقيح العجاني الإليوي)

عبارة عن لويحات واسعة متقححة ومتتوسرة يترافق غالبا مع التهاب غدد عرقية إبطية مع وجود العد الشبابي .

قد تمتد الآفة للحفرة المستقيمية الوركية لكنها لا تصل أبدا للمستقيم , أي تبقى المخاطية سليمة , وهذا ما يميزها عن داء كرون .

العلاج :

1- الإستئصال الجذري و التطعيم الشبكي بمرحلة لاحقة بعد تشكل النسيج الحبيبي .

2- حمية قليلة الفضلات خلال فترة العلاج .

التهاب اللفافة النخري : (necrotizing faciitis)

عبارة عن انتان منتج للقيح في اللفافة والنسج الرخوة تحت الجلد.

العوامل المسببة : المكورات العقدية الحالة للدم بيتامن النوع A.

العوامل المؤهبة : الداء السكري – مضادات الالتهاب الستيروئيدية .

قد يسبقه وجود انتان جلدي بسيط , لا يلاحظ اعتلال عقد لمفية مرافق .

النخر تحت الجلدي يرفع الجلد المغطي مع بدء سيلان قيحي بني اللون, العضلات تكون سليمة في البداية.

العلاج :

1- تداخل جراحي جذري باستئصال كل النسج المصابة (الجلد – النسيج تحت الجلد – واللفافة) واستقصاء كال المساكن العضلية المجاورة .

2- خزع السفاق فوق وتحت مستوى الإصابة (لتحسين الدوران الدموي) .

3- اعطاء الصادات الحيوية ورديا .

الغانغرين الغازي (Gas Gangrene) :

هو خمج يصيب العضلات والنسج الرخوة والجلد منتج للغاز.

العوامل المسببة: -المطثية الولشية وهي عبارة عن عصيات ايجابية الغرام لا هوائية مشكلة

للأبواغ تدعى أيضا (المطثية الحاطمة) .

- ال E.coli - البسودو موناس - الكليبيسيلا .

فترة الحضانة : أقل من 24 ساعة .

بعدها تبدأ سلسلة الأحداث بالنخر العضلي والنسيج تحت الجلد والخثار الوعائي .

الغاز يأتي من تخمر الغلوكوز . مكوناته (أهمها النتروجيين 74.5 % -

الأوكسجين 16.1 % - الهيدروجين 5.9 % - ثاني أوكسيد الكربون 3.4 %)

الذيفانات الخارجية تسبب انحلال مكونات الدم حيث ينخفض مستوى الهيموغلوبين ثم يحدث نخر انبوبي حاد وقصور كلوي , وإن تطور الخمج يقود سريعا لحدوث الصدمة .

الآلية الإمرضية : تقسم الآلية المسببة إلى 3 أشكال :

أ- بعد رضية : الحوادث - مرامي الطلق الناري - الحروق- عضات الصقيع - الكسور المفتوحة - بعد الحقن العضلية وتحت الجلد) .

ب- بعد الجراحة : عمليات الأنبوب الهضمي - والطرق الصفراوية

ج- تلقائية : مرضى السرطانات - مرضى المعالجة الكيماوية - مرضى السكري .

التظاهرات السريرية :

- 1- قصة سابقة (رض - جراحة - كسر مفتوح) .
- 2- ألم مفاجئ يزداد تدريجيا مع ايلام .
- 3- حس ثقل بالطرف المصاب .
- 4- حمى خفيفة .
- 5- تورم ووز مصلي دموي .
- 6- يميل لون الجلد للون البرونزي قم الأزرق المسود مع فقاعات غازية .
- 7- تورم كامل الطرف .
- 8- فرقة غازية تحت الجلد .
- 9- تسرع قلب .
- 10- انخفاض توتر شرياني .
- 11- تخليط ذهني .

العلاج :

- 1- صادرات حيوية : - (بنسلين ج) : مليون وحدة يوميا .
- (كليندا مايسين + ميترونيدازول) : مشاركة فعالة .
- 2- تدبير القصور الكلوي والقلبي المرافق .
- 3- جراحي : التنضير الجيد – وخزع السفاق – واستئصال النسيج المصابة .

المضاعفات :

- 1- انحلال دم .
- 2- التخثر المنتشر داخل الأوعية .
- 3- قصور كلوي حاد .
- 4- متلازمة الشدة التنفسية الحادة .
- 5- الصدمة .



صورة لغانغرينا غازية في الطرف السفلي

داء فورينيه :FOURNIER

هو انتان نخري شديد الخطورة , يصيب الجلد والنسيج الشحمي تحت الجلد مع اللقافة في منطقة العجان والأعضاء التناسلية الخارجية عند الرجل فقط بدون إصابة الاحليل .

العوامل المسببة : جراثيم هوائية ولا هوائية موجبة وسالبة الغرام , من منشأ مستقيمي أو بولي تناسلي أو رض .

العوامل المؤهبة : داء سكري – مرضى الستيرونيدات – التقدم بالعمر .

سريريا : حدوث الشكل الغازي (الغانجرين الغازي عبارة عن التهاب خلالي ناز مع سائل قيحي بني اللون مع ظهور فقاعات غازية) .

تحدث بعد تسحج جلدي أو جرح في العجان أو تالي لخراج حول الشرج .
الجلد المغطي محمرا – حارا – مؤلما بالجس .

ثم تظهر الفقاعات مع الكدمات ومناطق النخر الجلدي .

العلاج :

1- استئصال جراحي واسع (الاستئصال أوسع مما تبدو الآفة ظاهريا) .

2- صادرات حيوية وريدية (حسب الزرع الجرثومي) .

3- يعاد استئصال الاستئصال الجراحي بعد يومين .

4- إجراء فغر الكولون يفيد لتحويل مجرى البراز .

الانذار : سيئ - نسبة الوفيات 30% .

خمج القدم السكرية :

تعتبر أخماج القدم السكرية من أكثر المشاكل التي تصادف المريض السكري , تتفاوت شدة الإصابة من التهاب نسيج خلالي إلى ذات العظم والنقي المزمن .

الآلية الإمراضية :

- 1- اعتلال الأوعية الشعرية : التالي لداء السكري مما يحد من وصول البالعات إلى مكان الإصابة .
 - 2- اعتلال الأوعية الكبيرة : السكري وما يرافقه من اقفار نسيجي وبالتالي زيادة نسبة حدوث الغانجرين .
 - 3- الرضوض الموضعية الإنضغاط .
 - 4- اعتلال الأعصاب : نقص الحس .
- اللوحة السريرية : قصة داء سكري + رض +خمج نميز عدة لوحات سريرية منها :**
- 1- التهاب نسيج خلالي .
 - 2- انتان الجلد والنسج العميقة تحت الجلد .
 - 3- ذات العظم والنقي الحاد .
 - 4- ذات العظم والنقي المزمن .
- العوامل الممرضة :**

العوامل الممرضة :

- 1- في الحالات البسيطة : كالتهاب النسيج الخلوي نلاحظ المكورات العنقودية A والعنقودية المذهبة .
 - 2- في انتانالنسج العميقة تحت الجلد : أخماج منتجة للغاز (سلبية الغرام) تتظاهر على شكل التهاب لفافة نخري .
 - 3- في ذات العظم والنقي الحاد : المكورات العنقودية المذهبة والمكورات العنقودية A .
 - 4- في ذات العظم والنقي المزمن : المكورات العقدية A و B - العصيات الهوائية ايجابية الغرام .
- لا تعتبر الزوائف الزنجاريةمن العوامل الممرضة الشائعة عند السكريين .

التدبير:

- 1- ضبط سكر الدم .
- 2- تدبير التهاب النسيج الخلوي بالطريقة المحافظة (صادات حيوية – مضادات وذمة) .
- 3- التثبيت في حال ذات العظم والنقي الحاد والمزمن .
- 4- الجراحة : أ- تنضير النسج المتموتة .
ب- خزع السفاق عند حدوث متلازمة الحجرات .
ج- البتر .



قدام سكرية

أهم الصادات الحيوية المستعملة في علاج القدم السكرية:

1- التهاب النسيج الخلوي : كلينداميسين أو سيفازولين

وعند الشك بسلبيات الغرام الفلوروكينولون (ليفوفلوكساسين).

2- انتان النسيج العميقة : (انتان مختلط هوائيات ولا هوائيات) يعطى

كلينداميسين + ليفوفلوكساسين + ميترونيدازول (فلاجيل) .

3- ذات العظم والنقي الحاد : سيفازولين + بنيسيلين .

4- ذات العظم والنقي المزمن : أمبيسيلين + سولباكتام .

المشاركة الرئيسية في علاج القدم السكرية: ليفو فلوكساسين + كلينداميسين .

اعداد الدكتور فراس الملكي