

النزف الهضمي

الحاد

د. سليم الخلوف 6

جراحة عامة | surgery

2019/12/14

RBCs Medicine

السلام عليكم

نتابع معكم أصدقائي بمحاضرة جديدة بعنوان النزف الهضمي الحاد

فهرس المحتويات

الصفحة	الفقرة
2	مقدمة
3	النزف العلوي الحاد
6	النزف الهضمي السفلي
10	تصنيف أسباب النزف الهضمي من حيث الشيووع
10	عوامل الخطورة لتطور النزف الهضمي الحاد
12	مقاربة مريض النزف الهضمي الحاد



مقدمة

← إن مصطلح **النزف الهضمي** يعني وصول الدم إلى لمعة السبيل الهضمي بسبب وجود آفة معينة أدت لحدوث

النزف

← قد يكون هذا النزف خفيفا جدا لدرجة أنه لا يظهر إلا بتحري الدم الخفي في البراز، أو ذو كمية قليلة يظهر في البراز أو الإقياء، 80٪ منهم يتوقف دون تداخل، وأخيرا قد يكون النزف حادا.

← ويعرف النزف الهضمي الحاد بأنه **خسارة لكمية هامة من الدم** عن طريق الجهاز الهضمي، وتكمن

أهمية هذا الأمر بأنه قد يكون مهددا للحياة ((حالة (سعافية))

← يقسم النزف الهضمي بشكل عام إلى:

Upper النزف الهضمي العلوي:

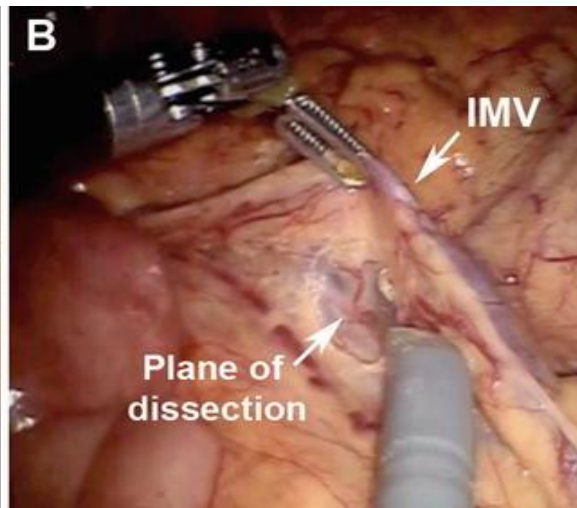
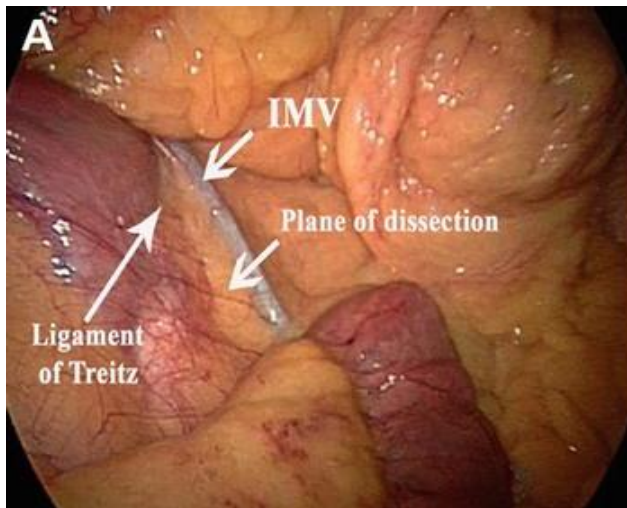
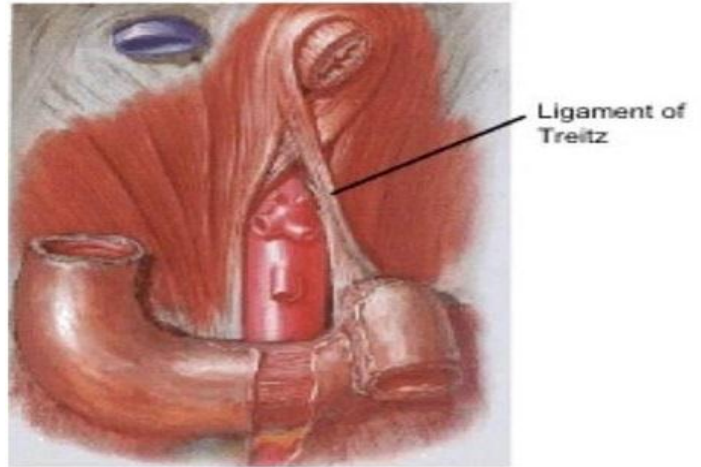
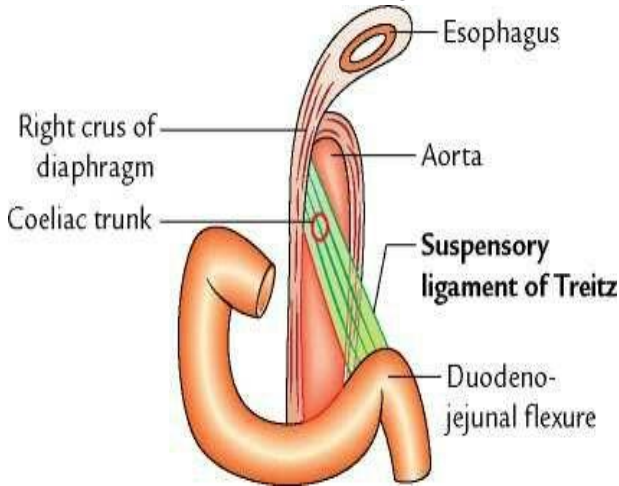
النزف الهضمي السفلي:

▪ وهو النزف الذي يحصل **أسفل رباط ترايتز**

▪ وهو النزف الذي يحصل **أعلى رباط ترايتز**

رباط ترايتز:

هو رباط ليفي يمتد من السويقة الحجابية اليمنى إلى نهاية القطعة الرابعة من العفج



النزف العلوي الحاد

❖ هو النزف الحاصل من المري أو المعدة أو العفج-يشكل 80٪ من النزوف الهضمية الحادة- يدخل معها النزف الحاصل من الكبد أو الطرق الصفراوية أو البنكرياس **بشروط** أن يتم إفراغ هذا النزف عبر الطرق الصفراوية أو عبر القناة البنكرياسية إلى القطعة الثانية من العفج.

❖ في بعض المراجع يضاف نزف البلعوم إلى أسباب النزف الهضمي العلوي.



ملاحظة

السبب الأشيع للنزف الهضمي العلوي الحاد هو القرحة الهضمية بنوعها المعدية والعفجية بينما السبب الأشيع للنزف السفلي الحاد هو داء التروج الكولونية.

أسباب النزف الهضمي العلوي الحاد

أولاً: المري

❑ **التهاب المري**¹: وتتوضع غالباً أسفل المري وتكون ناجمة عن القلس المعدي المريئي في معظم الحالات

❑ **داء القلس المعدي المريئي**

❑ **دوالي المري**

❑ **الإنتانات الفطرية والفيروسية**

❑ **التنشؤات (الأورام)**: وهي في غالبيتها خبيثة

❑ **تمزق مالوري-وايس**: وهو عبارة عن تمزق طولاني في



Mallory-Weiss tear is a tear in the mucosal layer at the junction of the esophagus and stomach



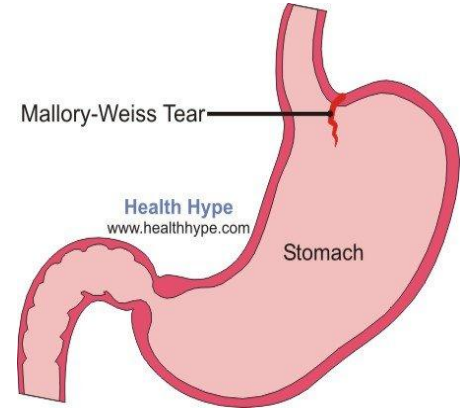
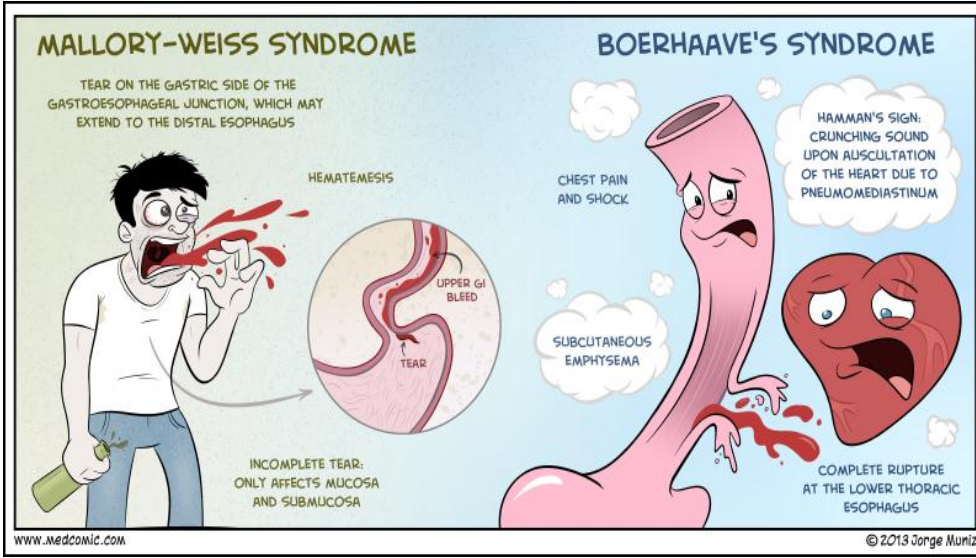
ADAM

مخاطية الوصل المريئي المعدي، وهي تنتج كما يفترض عن الإقياء العنيف أو التهوع (وهي محاولة التقيؤ) وعندها إذا لم ترتخي المصرة المريئية السفلية سنصبح أمام حالة تشنج شديد بوجود معصرة مغلقة، يؤدي إلى تمزق بمخاطية الفؤاد يشيع مشاهدتها عند الكحوليين، تتظاهر هذه الآفة عادة بنزف هضمي علوي غزير مع إقياء دموي عادة وما يميزه سريريا حدوث إقياءات متكررة يتبعها بشكل فجائي إقياء دموي،

يؤكد التنظير الباطني التشخيص وقد يفيد في السيطرة على النزف، ولكن النزف يتوقف عفويا في 90٪ من المرضى.

¹ التهاب من الدرجة الثانية أو الثالثة مع مخاطية هشة (راجع مقرر العضية المحاضرة الثانية)

- ✓ أما الخيارات الأخرى للسيطرة على النزف فهي تضم الضغط بواسطة البالون، التصميم بتصوير الأوعية، والتدخل الجراحي.
- ✓ تتألف المعالجة الجراحية من إجراء شق طولي لفتح المعدة ثم خياطة المنطقة النازفة.



ثانياً: المعدة

★ **القرحة المعدية** وهي من **أشيع الأسباب**

★ **سوء التصنع الشرياني الوريدي**

★ **التهاب المعدة الناجم عن الشدة** (قرحة الشدة)

★ **تنشؤات المعدة**: أدينوكارسينوما-لمفوما-الكارسينويد-أورام اللحمية.

← **أورام اللحمية: Gastrointestinal stromal tumors (GIST)**

- هي ساركومات في النسيج الرخو (أورام تنشأ على حساب النسيج الضام) بشكل خاص على حساب الخلايا النازمة العصبية (خلايا كاجال) الموجودة في جدار الأنبوب الهضمي، وهي ليست ذاتها ساركوما الخلايا العضلية الملساء.
- وللعلم فإن أورام اللحمية هي أورام حدية لأنها **تتدرج بين السلامة والخباثة**، وهي لا تشخص بأنها خبيثة إلا في حال وجود النقائل، وتعتبر المعدة أشيع مكان لحدوث أورام اللحمية.

ثالثاً: العفج

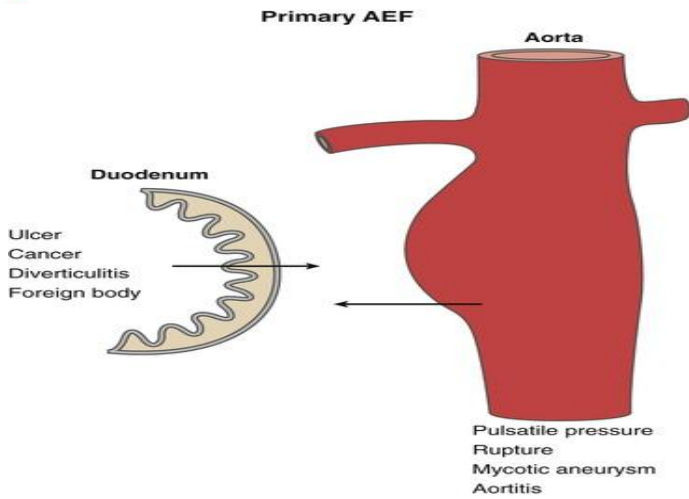
◎ **القرحة العفجية** بشكل رئيسي².

◎ **رتوج العفج** وهي حالة غير شائعة.

◎ **سوء التصنع الشرياني الوريدي**.

◎ **التنشؤات** (أدينوكارسينوما العفج _ أدينوكارسينوما البنكرياس-الكارسينويد).

² نزف القرحة العفجية أكثر من نزف القرحة المعدية ب 4 أضعاف



⊙ الناسور الأبهرى العفجى: وهو حالة اسعافية

خطيرة جدا كونه يسبب نزف غزير مهدد للحياة (نزف صاعق)، ويصنف سبب تشكل الناسور الأبهرى المعوي بشكل عام والأبهرى العفجى بشكل خاص إلى:

بدئى: سببه وجود **إنتان عفوى** بجدار الأبهر أدى إلى

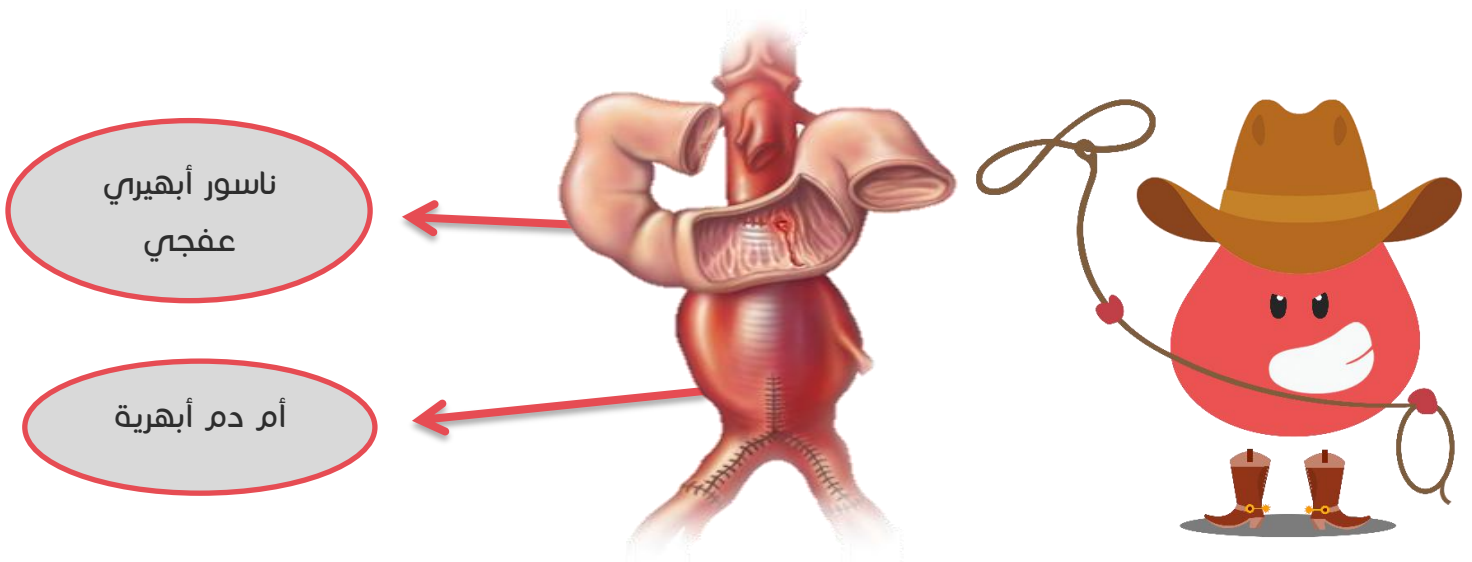
التصاقه مع جدار الأمعاء وخاصة العفج مما يسبب تنخر جدار الأبهر وجدار العفج وتدفق الدم ضمن اللمعة وهو قليل المشاهدة.

ثانوي: وهو أكثر شيوعا، ويحدث **بعد جراحة على الأبهر** (أم دم أبهرية) حيث تلتصق الرقعة الجدارية المستخدمة في الجراحة (رقعة بروتيز) مع جدار القطعة الثالثة للعفج وتؤهب لحدوث إنتان مزمن مما يؤدي إلى تنخر جداري الأبهر والعفج وتدفق الدم من لمعة الأبهر إلى لمعة العفج.

قد لا يشعر المريض بحدوث النزف أو يشعر بقليل من المغص فقط، ولكن أحيانا يظهر ما يسمى **النزف المنذر** وهو نزف هضمي بكمية بسيطة يخرج مع الإقياء أو البراز قبل نوبة النزف الصاعق المهددة للحياة.

أما في حالة حدوث **النزف الصاعق مباشرة فالتدبير اسعافي جراحى** حصرا للسيطرة على النزف ولكن غالبا ما يكون قد فات الأوان.

لذلك أي مريض لديه سوابق جراحة أبهرية مع وضع رقعة بروتيز أبهرى مع حالة نزف هضمي ولو كان بكمية بسيطة **يجب معرفة سبب النزف** عن طريق التنظير الهضمي أو الطبقي المحوري.



ناسور أبهرى
عفجى

أم دم أبهرية

رابعاً: أسباب بنكرياسية -كبدية -صفراوية

- نعلم جميعاً أن كلا من البنكرياس والكبد يصبان مفرزاتهما (البنكرياسية والصفراوية) في القطعة الثانية للعفج عن طريق القناة البنكرياسية الرئيسية والقناة الجامعة وبالتالي فإن أي نزف دموي في هذه الطرق (البنكرياسية - الصفراوية) سيصب في العفج ويؤدي إلى حدوث نزف هضمي علوي، ومن أسباب النزف ضمن هذه الطرق:

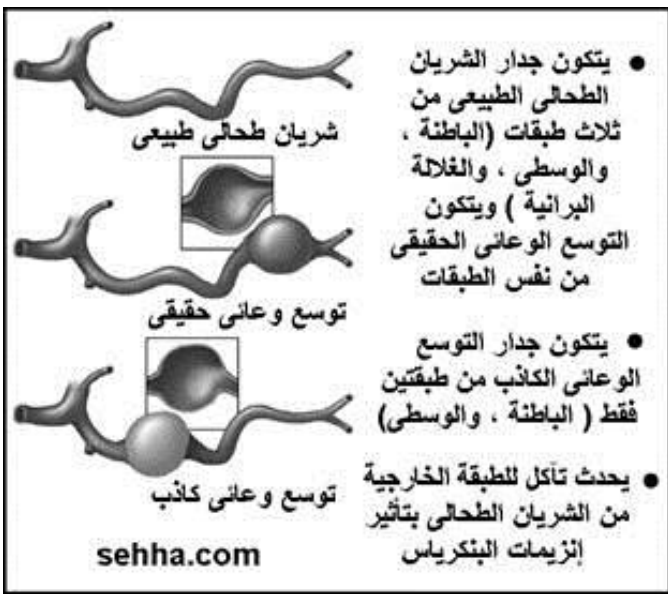
تدمي الصفراء:

الذي ينتج عن مجموعة من الآفات تسبب نزفا في الطرق الصفراوية (رض-ورم-حصيات مخرشة).

أم الدم الكاذبة التالية لالتهاب البنكرياس الحاد

والتي تتميز بمسببة نزفا إما إلى جوف البطن مباشرة أو ضمن السبيل الهضمي غالباً ما تكون على حساب **الشريان المساريقي العلوي** أو **الشريان الطحالي** كونهما الأكثر قرباً من البنكرياس.

حيث عند حدوث التهاب بنكرياس حاد تخرج العصارة البنكرياسية التي تقوم بتخريش وهضم جدر الأوعية الدموية المجاورة المذكورة مشكلة ارتكاس ليفي ضمنها فتحصر الدم على شكل أم دم كاذبة قابلة للنزف والتمزق في أي لحظة



النزف الهضمي السفلي

- ❖ بينما النزف الهضمي السفلي الحاد فهو النزف الذي يحصل من الأمعاء الدقيقة أو الكولون أو الشرج وهو يشكل حوالي 20٪ من النزوف الهضمية الحادة.

الأمعاء الدقيقة

- تعتبر مصدراً **نادراً** للنزف السفلي، وتشكل الأسباب المعوية حوالي 5-10٪ فقط من أسباب النزوف الهضمية السفلية، ومنها:

القرحات:

- المسببة بمضادات الالتهاب غير الستيرويدية وتكون في نهاية الدقاق عادة.

رتوج الأمعاء الدقيقة كرتج ميكل:

👉 وهو رتج خلقي موجود عند 2٪ من الناس، يدعى رتج ميكل بالرتج الحقيقي لأن جداره يشمل كامل طبقات الأمعاء الطبيعية. توضعه يختلف من شخص لآخر لكنه عادة يتوضع ضمن ال 100 سم قبل الدسام الدقاقي الأعوري.

👉 يكون رتج ميكل سببا **نادرا للنزف عند البالغين** بينما هو سبب **مهم للنزف عند الأطفال** وسبب النزف وجود مخاطية معدية هاجرة مفرزة للحمض ضمن الرتج ذاته، وقد تحوي مخاطية الرتج على عنبات بنكرياسية أو غدد برنر أو مخاطية رحمية أو أنسجة كبدية صفراوية أو مخاطية كولونية.



🎯 ومن الوسائل المساعدة في تذكر رتج ميكل قاعدة الاثنين: نسبة الانتشار 2٪، السيطرة في الإناث 1:2، والتوضع قبل الدسام الدقاقي الأعوري بقدمين في البالغين.

🎯 مع العلم أن نصف الحالات العرضية تشاهد في الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنتين.

رتج
ميكل

التنشؤات:

👉 كاللمفوما والأدينوكارسينوما والكارسينويد وأورام اللحمية.

الداء المعوي الالتهابي:

👉 **داء كرون**: تغطوط زفتي أسود أو دموي في 20٪ من الحالات.

👉 **التهاب الأمعاء الشعاعي** (عند المرضى الذين تعرضوا للمعالجة الشعاعية).

👉 **التهاب الأمعاء الإقفاري** (وهو غالبا ما يكون مرافقا لالتهاب الكولون الإقفاري).

👉 **سوء التصنع الشرياني الوريدي**.

👉 **الناصور الأبهر المعوي** وهنا ينفث الأبر على عروة معوية

وبذلك فهو يشبه الناصور العفجي لكنه أندر منه حدوثا.



الكولون والمستقيم والشرح

👉 تعد نزوف الكولون والمستقيم والشرح من أشيع أسباب النزف الهضمي السفلي وتشكل نسبة تقارب حوالي 90-

95٪ من الأسباب وتشمل:

👉 **التهاب الكولون الشعاعي**.

👉 **التهاب الكولون تحت فرعي**.

التهاب الكولون الخمجيز.

التهاب الكولون (القرحي)³.

التهاب الكولون (الاقفاري): والذي يحدث عادة عند المسنين ذوي السوابق القلبية مثل الرجفان الأذيني والذي يسبب حدوث صمات صغيرة تؤدي إلى قطع التروية مجهرية عن مناطق معينة من جدار الكولون، علما أنه لا يحدث الالتهاب الاقفاري في حالة الاحتشاء المساريقي الناتج عن انسداد شريان رئيسي، كما أنه عادة يكون النزف في التهاب الكولون الاقفاري معتدلا ويتوقف تلقائيا حيث أن النزف الصاعق نادرا جدا.

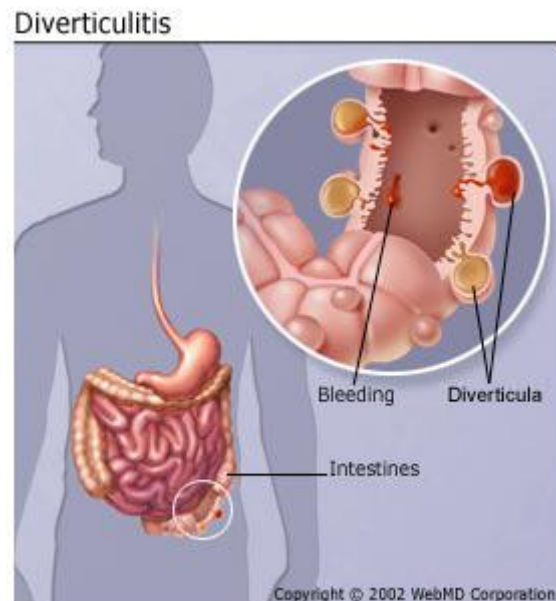
التنشؤات

أشيعها الأدينوكارسينوما، أورام اللحمية، اللمفوما، الكارسينويد، وغالبا ماتكون نزوفها خفيفة وقد لا تظهر الا بعد تحري الدم الخفي في البراز ولكن في بعض الحالات القليلة قد تحدث نزفا غزيرا.

داء الارتوج القولونية

يمثل **داء الارتوج** مصطلحا سريريا يستخدم لوصف الارتوج العرضية أما **مصطلح الارتاج** فهو يشير إلى وجود الارتوج فقط دون وجود التهاب مرافق، أما التهاب الارتوج فهو يشير إلى ترافق الالتهاب والخمج مع الارتوج. معظم الارتوج القولونية هي رتوج **كاذبة** تنفتق فيها المخاطية والعضلية المخاطية عبر جدار الكولون. تحدث هذه الارتوج بين الشرائط القولونية في النقاط التي تخترق فيها الأوعية الدموية الرئيسية جدار الكولون، حيث تشكل هذه المناطق نقاط ضعف نسبية في عضلية الكولون. يعتقد أن هذه الارتوج هي رتوج دفع تنجم عن ارتفاع الضغط داخل اللمعة. الارتوج الحقيقية التي تشمل كامل طبقات الكولون نادرة وغالبا تكون خلقية المنشأ.

يمثل **الكولون (السيني) أشيع مناطق (الرتاج)**، ويعتقد أن الرتاج آفة مكتسبة ولكن الأسباب غير مفهومة بشكل جيد بعد.



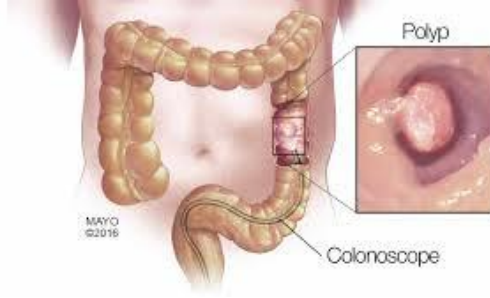
ولكن النظرية الأكثر قبولا هي أن نقص الألياف الغذائية يؤدي إلى نقص حجم البراز **مما يتطلب** ضغطا أعلى ضمن اللمعة وارتفاع توتر الدفع على جدار الكولون، بعد ذلك تؤدي التقلصات المزمنة إلى فرط تصنع العضلية وتشكل رتوج الدفع. ومن الأسباب المقترحة نذكر كذلك ضعف جدار الأمعاء ونقص مرونته مع التقدم بالسن، ومع أن أي من هذه النظريات لم يثبت

³ يتميز باسهلات دموية

بعد إلا أنه يبدو أن الحمية الغنية بالألياف تنقص من نسبة توارد الرتاج.

- هذه الرتوج معرضة لعدة اختلاطات منها الالتهاب والنزف الذي ينتج عن تآكل أحد الشريينات حول الرتج حيث يمكن أن يؤدي إلى نزف غزير ولحسن الحظ فإن النزف يتوقف عفويا في 80% من المرضى.
- يتركز التدبير السريري على الإنعاش والسيطرة الموضعية على مكان النزف، عن طريق التنظير الهضمي السفلي أو بتصميم الوعاء الناظر أو التداخل الجراحي مباشرة واستقصاء الكولون القطعي.

البوليبات الكولونية



➤ تحدث نزف مزمن.

سوء التصنع الشرياني الوريدي

➤ وهو يحدث في أي مكان من السبيل الهضمي ولكنها أكثر شيوعا في الكولون وخاصة في منطقة الأعور والقولون الصاعد.

➤ وهو آفة مكتسبة تحدث مع التقدم بالسن نتيجة تبدلات تنكسية في جدران الأوردة والشرايين الموجودة في الطبقة تحت المخاطية من جدار الكولون، حيث تتوسع هذه الأوعية (خاصة الأوردة) بشكل غير طبيعي وتتصل مع بعضها وبالتالي فإن أي رض أو ضغط أو تسحج سيسبب تمزقها ونزفها.

➤ غالبا ما يكون النزف فيها أقل غزارة من داء الرتوج الكولونية.

➤ ويتوقف تلقائيا في أغلب الحالات، وفي حال عدم توقفها

تتدخل بالتنظير الهضمي السفلي أو بتصميم الوعاء الناظر.



Non bleeding angiodysplasia in colon

Actively bleeding angiodysplasia in colon

أسباب رضية طبية

- جراحية أو شبيهة بالجراحية خاصة بعد استئصال البوليبيات أو بعد التنظير الهضمي السفلي.

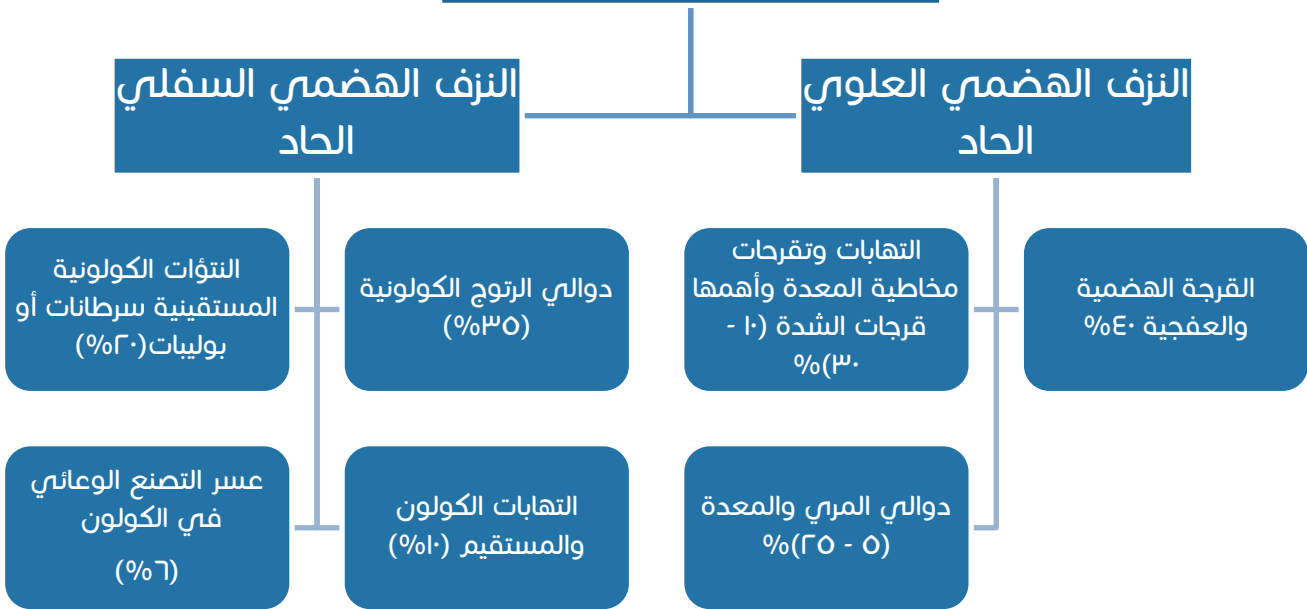
أمراض المستقيم والشرج السليمة

- منها كالبواسير والشقوق الشرجية وتكون عادة سهلة التشخيص بالفحص السريري⁴ وعادة ماتسبب نزفا معتدل الكمية غير متغير اللون، وتتوقف تلقائيا أو تتم المداخلة عليها جراحيا.

البواسير والشقوق الشرجية تسبب نزفا ولكن غالبا هو نزف تحت حاد أو مزمن وليس حادا.

تصنيف أسباب النزف الهضمي من حيث الشروع

النزف الهضمي



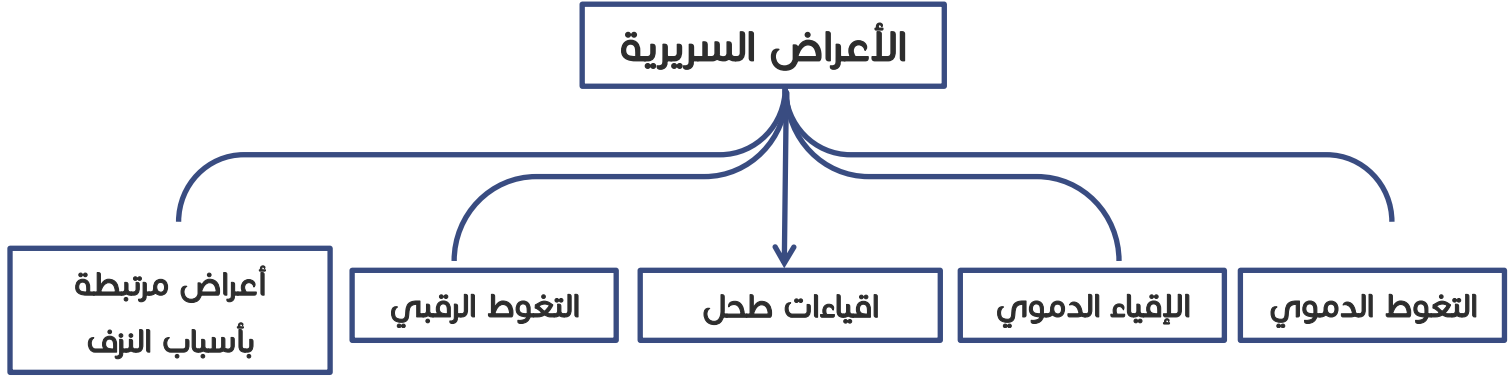
عوامل الخطورة لتطور النزف الهضمي الحاد

- ❖ (التقدم بالسن): الذروة العمرية ما بين 60-70 سنة
- ❖ (الجنس): الذكور أكثر عرضة للنزف الهضمي من الإناث
- ❖ تناول (الأدوية): مثل مضادات الالتهاب اللاستيرويدية، الأسبيرين، مضادات التخثر (وارفارين)

⁴ إن ترافق الألم مع النزف يشير إلى الشق الجراحي عادة.

النزف الذي يحدث كقطرات دموية متساقطة فالأغلب أن يكون بواسير أو شق شرجي لذلك يجب استقصاء أي نزف مستقيمي أو شرجي بعناية

- ❖ التدخين والكحولية، الداء السكري، وجود أمراض قلبية وعائية مرافقة، وجود أمراض كبدية مرافقة وخاصة تشمع الكبد كونه يؤثر على عوامل التخثر فيؤهب للنزف. الأمراض الكلوية المزمنة: وعلى رأسها القصور الكلوي المزمن
- ❖ سوء العناية (الصحية، والطبقات الاجتماعية الفقيرة)
- ❖ نقص الفعالية (الفيزيائية اليومية).



الإقياء الدموي:

★ هو خروج دم أحمر قانئ مع الإقياء، أو علقات دموية (إذا بقي الدم لفترة أطول قليلا ضمن الأنبوب الهضمي) وهو

مميز للنزف الهضمي العلوي.

إقياء طحل القهوة:

★ وهو إقياء لمادة تشبه طحل القهوة، وهو أيضا مميز للنزف الهضمي العلوي ولكنه أقل غزارة من الإقياء الدموي، وسبب هذا الإقياء هو تجمع كمية قليلة من الدم ضمن المعدة من الآفة النازفة، ولكنها لا تحرض الإقياء لدى المريض فيبقى الدم لفترة طويلة ضمن المعدة، ويصبح كطحل القهوة نتيجة تأثره بالعصارة المعدية.

(التغوط الزفتي):

★ هو خروج براز أسود يشبه الزفت، بسبب تفكك الكريات الحمر بالبكتيريا المعوية، وهو مميز للنزف الهضمي العلوي، مع العلم أن بعض حالات النزف السفلي من الأمعاء الدقيقة والقولون الأيمن قد تتظاهر ببراز زفتي إذا بقي الدم ضمن الأمعاء أو الكولون (لأكثر من 12 ساعة) في حالات الخزل المعوي نتيجة بطء حركية الأمعاء.

★ -نادرا جدا ما تسبب آفة نازفة بالسين أو المستقيم تغوطا زفتيا بسبب عدم توفر الزمن والوقت الكافي لحدوث هذه التبدلات بالكريات الحمراء.

★ التغوط الزفتي قد تسببه كمية من 50-200مل من الدم.



التغوط الدموي:

★ هو خروج براز ممزوج أو مغطى ومغلف بدم أحمر قانئ أو علقات دموية، وهو علامة مميزة للنزف الهضمي السفلي حيث يأتي الدم غالبا من المستقيم أو الكولون السيني، لكن قد نشاهده في النزف العلوي الغزير مثل تمزق دوالي المري بسبب سرعة مرور الدم ضمن السبيل الهضمي.

أعراض وعلامات الصدمة بنقص الحجم:

_ يعتمد ظهور علامات وأعراض الصدمة على عدة عوامل:

- ★ كمية الدم النازفة، توقيت مراجعة المريض لقسم الطوارئ، طبيعة جسم المريض ومدى تحمله.
- ★ تشاهد علامات الصدمة في النزوف العلوية أو السفلية الغزيرة (الكتلية) أو عند المرضى الذين يتأخرون بمراجعة المشفى او الطبيب، وفي هذه الحالات يكون المريض غير مستقر حيويا وتظهر عليه علامات الصدمة **وأهمها**:
- ★ الصداع -الطنين -التهيج⁵-العطش-الخفقان-تسرع القلب -هبوط الضغط -جفاف الأغشية المخاطية -شح البول.

أعراض مرتبطة بأسباب النزف (حسب الآفة المسببة):

- ★ يعاني المريض من ألم بطني شرسوفي إذا كان السبب نزف من قرحة معدية مثلا.
- ★ يعاني من إسهالات إذا كان السبب داء كرون
- ★ إقياء (مالوري واي) -ترفع حروري (التهابات المري والأمعاء) -نقص وزن، نقص شهية في الأورام

قد يشكو المريض من عرض وأكثر أو قد لا يعاني من أي منها.

مقاربة مريض النزف الهضمي الحاد

القصة المرضية

- **مهمة** لذلك يجب أخذ قصة مرضية مفصلة مع الانتباه إلى السوابق المرضية.
- قد تكون القصة السريرية موجهة للتشخيص **فمثلا**:
- مريض حصل لديه تغوط زفتي تال لألم شرسوفي لعدة أيام أو كان قد شخص له قرحة هضمية سابقة وعولجت دوائيا وراجع بتغوط زفتي فالتشخيص غالبا **قرحة هضمية نازفة**.
- مريض كحولي راجع بإقياء دموي بعد عدة إقياءات شديدة مع تهوع فالتشخيص غالبا تناذر **مالوري وايس**.

⁵ بسبب نقص الأوكسجين

- مريض راجع بنزف كتلي على شكل إقياء دموي كبير مع تغوط دموي فالتشخيص هو **تمزق دوالي مري**.
- قد يذكر بعض المرضى خاصة في حالات النزف الهضمي العلوي **قصة تناول مضادات الالتهاب غير الستيرويدية**.

- من الهام جدا عند مقارنة أي مريض لديه نزف هضمي الانتباه إلى حالة المريض العامة وعلاماته الحيوية (هل هو في حالة صدمة أم لا) **واتباع الأولوية عند المقارنة:**



1. البدء بإنعاش المريض والوصول به إلى حالة الاستقرار الحيوي (في حال وجود علامات صدمة نقص الحجم)
2. محاولة السيطرة على النزف
3. أخذ القصة المرضية المفصلة وتشخيص سبب النزف،
4. أحيانا يمكن إجراء الخطوتين الثانية والثالثة بأن واحد كإجراء تنظير هضمي علوي أو سفلي وتدابير النزف بنفس الوقت.

الفحص السريري

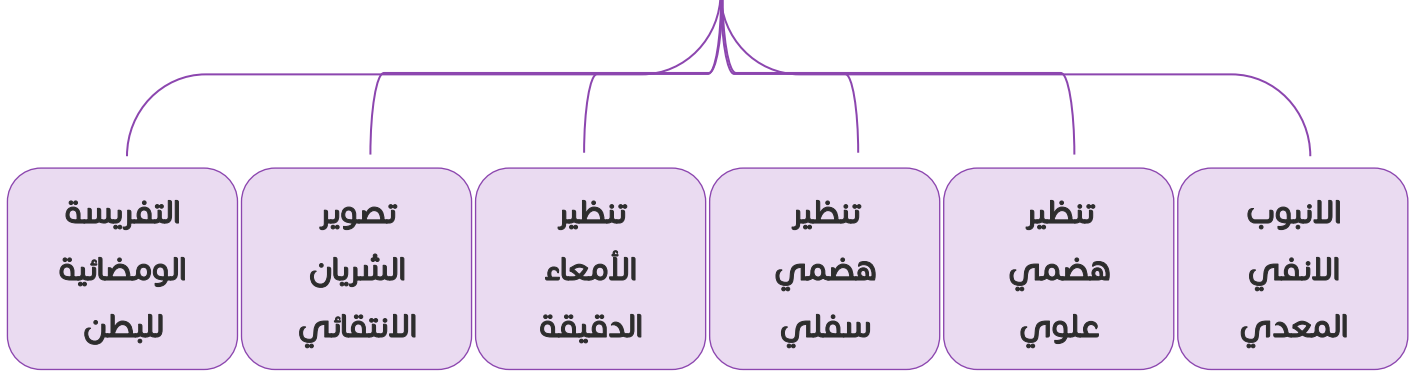
- 👏 يتم عن طريق الفحص السريري تقدير أهمية النزف (غزارته) وذلك **بتأمل كمية الدم** الذي تخرج من فوهتي الفم والشرج ووجود ضرورة للتدخل الجراحي السريع وذلك كما يلي:
- 👏 **فحص العلامات الحيوية** للمريض (ضغط - نبض - حرارة - تنفس)
- 👏 قد نشاهد **علامات الصدمة النزفية**: إذا كانت كمية النزف كبيرة: شحوب، برودة أطراف، تسرع نبض، هبوط ضغط، انخماص الأوردة الوداجية، شح بول
- 👏 **فحص الشرج** (بالتأمل والمس الشرجي): قد نشاهد دم أحمر قاني أو براز زفتي وأحيانا في بعض الحالات قد نشخص سبب النزف السفلي (بواسير أو ورم قريب من فوهة الشرج).

ملاحظة مهمة

في بعض الأحيان أثناء فحص الناحية الشرجية، قد نشخص الحالة على أنها بواسير وتكون مقنعة لآفة مستبطنة هي سبب النزف الفعلي، أي هنا البواسير متهم بريء، فقد يكون هناك سبب آخر لذا يجب متابعة الاستقصاءات لإمكانية حدوث السرطانات (المستقيمية) عند الشباب ويمكن للأورام القريبة من فوهة الشرج أن تؤدي إلى ضخامة في الأوردة الباسورية.

التشخيص

توجد العديد من الوسائل التي تستخدم لتشخيص سبب النزف الهضمي أهمها:



أولاً: تركيب أنبوب أنفي معدي:

وهو أول خطوات التشخيص إذ يعد **خطوة مهمة جداً** يتوجب إجرائها لجميع مرضى النزف الهضمي العلوي والسفلي.

■ إن خروج دم أحمر قاني أو مادة تشبه طحل القهوة ضمن الانبوب موجه بشدة للنزف العلوي.

■ **سلبياته:**

← عدم خروج الدم أو طحل القهوة وهذا لا ينفي السبب العلوي للنزف (يمكن عند تركيب الانبوب الأنفي المعدي أن يتوقف النزف مثلاً أو يمكن أن يكون النزف مصدره الأثني عشري (العفج) وليس المعدة وهنا لا يخرج شئ ضمن الانبوب).

■ **أهميته:**

← تقدير غزارة النزف بشرط إبقائه لمدة كافية تسمح بذلك إضافة لكشف وتشخيص النزوف غير الظاهرة، فمثلاً مريض ينزف مرة أخرى دونما حصول إقياءات دموية فيتم كشفه عن طريقه.

← يقوم بتفريغ محتويات المعدة ويخلص المريض من الإقياءات مما يمنع من حدوث ذات الرئة الاستنشاقية (حيث يمكن لمريض حصل لديه إقياء مدمى أن يستنشق بعض المواد الطعامية أثناء التقيؤ).

ثانياً: التنظير الهضمي (العلوي):

وهو الإجراء التشخيصي المفضل لدراسة النزف الهضمي العلوي فهو يحدد مكان النزف بنسبة تتجاوز الـ 95% من الحالات، كما يعتبر إجراء **تشخيصي وعلاجي** حيث يمكن من خلاله تشخيص سبب النزف لدى غالبية المرضى، كما يمكن من خلاله تقديم التدبير العلاجي لنزوف بعض المرضى بطرق مختلفة. وقد يكون غير مشخص في بعض الحالات بسبب غزارة النزف أو عدم التمكن من رؤية مصدر النزف.

(التنظير الهضمي السفلي) (تنظير الكولونات) (تام):

يتم من خلال هذا الإجراء رؤية كامل الكولونات من الشرح حتى الوصل الدقاقي الأعوري وهو الإجراء التشخيصي الأولي (البدئي) لتقييم النزف الهضمي السفلي، كما يمكن من خلاله تحديد مكان النزف عند بعض المرضى خاصة عند وجود نزف فعال غير شديد أثناء التنظير، كما يمكن من خلال التنظير الهضمي السفلي تحديد سبب النزف والسيطرة عليه بشكل مشابه للتنظير الهضمي العلوي

■ مساوئه:

- ← يحتاج لتحضير جيد للحصول على نتيجة مرضية وبالتالي في الحالات الاسعافية لايوجد الوقت الكافي لإعطاء المسهلات من أجل التحضير وبالتالي الرؤية غير واضحة جدا أثناء التنظير وقد يكون الورم ساد للمعة فلا يمكن تحضير المريض بالمسهلات.
- ← & قدرته على تقييم النزف السفلي قليلة بالمقارنة مع التنظير الهضمي العلوي وخاصة إذا كان النزف كتلي مع وجود الدم بكميات كبيرة أثناء التنظير.

تنظير الأمعاء الدقيقة:

يستخدم تنظير الأمعاء الدقيقة لتحديد مكان النزف من الأمعاء الدقيقة وتشخيص سبب هذا النزف وذلك بعد فشل كلا من التنظير الهضمي العلوي والسفلي في تحديد سبب النزف الهضمي. وقد تم تطوير مناظير تمكنت من تجاوز رباط ترايتز والوصول إلى أول 150 سم منه مما مكن من رؤية أماكن لم يكن بالإمكان رؤيتها بالتنظيرين السابقين (العلوي والسفلي).

يمكن إجراء هذا التنظير أيضا **أثناء الجراحة** حيث يقوم الجراح بتمرير المنظار على كامل طول الأمعاء الدقيقة التي يصلها المنظار ويرافقه بذلك طبيب الهضمية لتحديد مكان الآفة النازفة وتحديد سبب النزف ومع ذلك تبقى قدرة هذه المناظير محدودة لتعذر رؤية الأمعاء الدقيقة كاملة.

لذا حاليا تم ابتكار طريقة جديدة تسمى:

تنظير الأمعاء الدقيقة باستخدام الكبسولات (capsule Endoscopy)

يتألف الكبسول من: بطارية، منبع ضوئي، نظام التقاط صور (يعطي صورتين بالثانية)، نظام ناقل. تعطى هذه الكبسولة عن طريق الفم وهي بحجم 1*3 سم، وتتحرك هذه الكبسولة ببطء في الأمعاء الدقيقة بفعل الحركات الحوية ملتقطة صورا لمدة 8 ساعات متتالية ثم يقوم المريض بإخراج هذه الكبسولة حيث يتم رؤية وتحليل هذه الصور بعد ذلك لتحديد مكان وسبب النزف، وهذه الكبسولة تقوم بتنظير كامل السبيل الهضمي من الفم حتى الشرح ولكن ما يهمننا هو الأمعاء الدقيقة كون باقي المناطق تم دراستها سابقا.



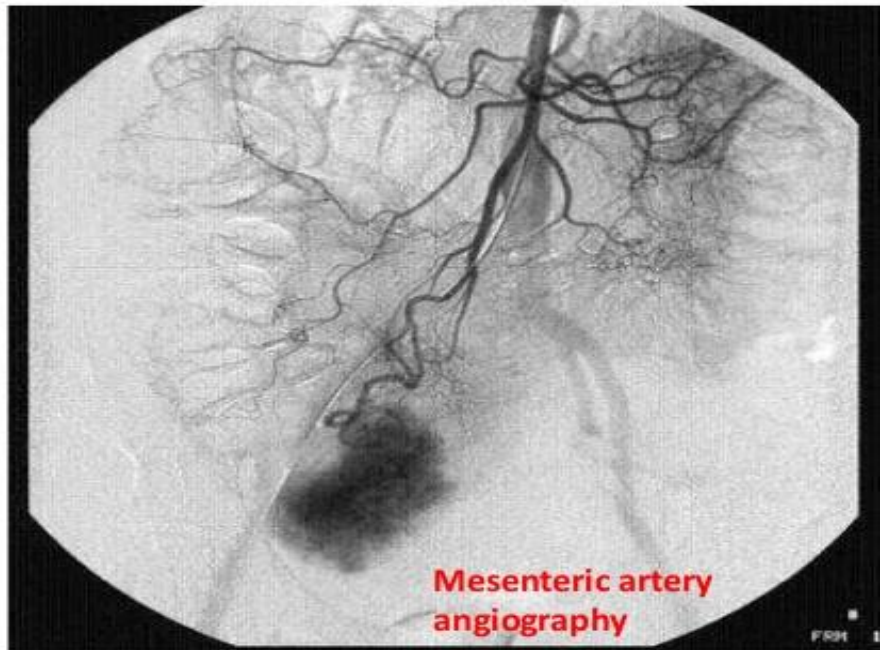
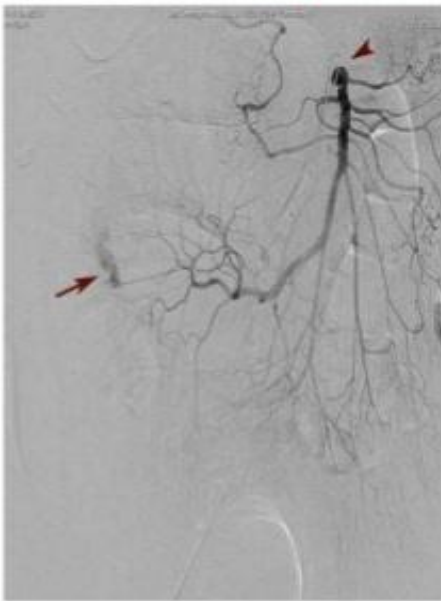
تصوير الشرايين الانتقائي Selective Arteriography:

يستخدم هذا الإجراء التشخيصي في النزوف العلوية والسفلية لكن أكثر ما يستخدم في النزوف الهضمية السفلية ويستفاد منه عندما نفشل في تحديد مكان النزف بالتنظيرين العلوي والسفلي.

ويتم في هذه الطريقة **حقن مادة ظليلة على الأشعة** ضمن الشريان الرئيسي الذي يغذي المنطقة النازفة فنشاهد خروج المادة المحقونة من مكان النزف،

□ Mesenteric artery angiography

- Can only be used in **ongoing haemorrhage**
- Can diagnose bleeding at a rate of **0.5-1.0mL/min**
- Best for diagnosing **angiodysplasia** and actively bleeding diverticula
- Can be used **therapeutically**- vasopressors and embolization
- High risk of **complications**



وتبلغ نسبة تحديده لمكان النزف **حوالي 25-85%** من الحالات بشرط **وجود نزف فعال أثناء التصوير**

بمعدل < 0.5-1 مل / دقيقة، أما في حال كان النزف متقطعاً أو أقل من ذلك فستكون النتيجة سلبية.

وهذا الإجراء لا يمكن إجراؤه إلا إذا كان المريض **مستقر هيموديناميكياً** فإذا كان المريض مصاباً بصدمة

نقص حجم والمادة الظليلة سوف تطرح عن طيق الكلى فقد **يؤدي ذلك لحدوث قصور كلوي حاد**، مع

العلم أن هذه الطريقة قد تحمل **أهمية علاجية** حيث يمكن من خلاله حقن مادة مقبضة كالفازوبريسين مثلاً

تؤدي إلى تقبض الأوعية وإيقاف النزف أو يمكن أيضاً أن نقوم بتصميم الشريان النازف عن طريق مادة تؤدي إلى

تشكيل صمه بالشريان فتوقف النزف.

(التفريسة الومضانية للبطن *Abdominal Scintigraphy*):

تستخدم عند **فشل التنظير والتصوير الوعائي الظليل** في تحديد مصدر النزف وخاصة في النزوف

الهضمية السفلية. تتم باستخدام الكريات الحمر الموسومة بالتكنسيوم المشع **Tc99** ويستمر التصوير بهذه

الطريقة 24 ساعة.



