

النزف الهضمي

المحاضرة الثانية

مادة الجراحة الاسعافية

السنة الاولى

اعداد

أ.سمر معروف

التعريف

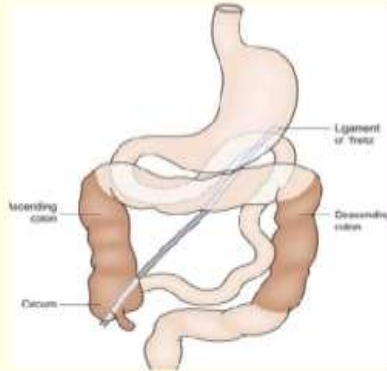


- ☐ النزف الهضمي الحاد هو خسارة لكمية هامة من الدم عن طريق الجهاز الهضمي.
- ☐ يمكن تصنيف النزف الهضمي إلى :

- 1- النزف الهضمي العلوي
Upper GI Bleeding :
هو النزف الحاصل أعلى رباط ترايتز.
- 2- النزف الهضمي السفلي
Lower GI Bleeding :
هو النزف الحاصل أسفل رباط ترايتز.

2

- ☐ النزف العلوي الحاد هو النزف الحاصل من المري أو المعدة أو العفج، وهو يشكل 80% من النزوف الهضمية الحادة.



- ☐ بينما النزف السفلي الحاد هو النزف الحاصل من الأمعاء الدقيقة أو الكولونات أو المستقيم أو الشرج، وهو يشكل 20% من النزوف الهضمية الحادة.
- ☐ السبب الأشيع للنزف العلوي الحاد هو القرحة الهضمية، بينما السبب الأشيع للنزف السفلي الحاد هو داء الرتوج الكولونية.

3

الأسباب من حيث الشيوع

- النزف الهضمي العلوي :
 - القرحة الهضمية (معدية + عفجية) : (40%)
 - التهابات و تقرحات مخاطية المعدة : (10-30%)
 - دوالي المري و المعدة : (5-25%)
- ف الهضمي السفلي :
 - الرتوج الكولوني : (35%)
 - التنشؤات الكولونية المستقيمية (سرطانات + بوليبيات) : (20%)
 - التهابات الكولون و المستقيم : (10%)
 - عسر التصنع الوعائي في الكولون : (6%)

عوامل الخطورة

- 1- التقدم بالسن : الذروة العمرية ما بين 60-70 سنة.
- 2- الجنس : الذكور أكثر عرضة للنزف الهضمي من الإناث.
- 3- تناول أدوية : مثل مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية والأسبيرين و مضادات التخثر.
- 4- التدخين.
- 5- الكحولية.
- 6- الداء السكري.
- 7- وجود أمراض قلبية وعائية مرافقة.
- 8- وجود أمراض كبدية مرافقة خاصة تشمع الكبد.
- 9- الأمراض الكلوية المزمنة.
- 10- سوء العناية الصحية و الطبقات الاجتماعية الفقيرة.
- 11- نقص الفعالية الفيزيائية اليومية.

الأعراض السريرية



الإقياء الدموي :

Hematemesis

وهو إقياء لدم أحمر قاني أو لعلاقات دموية ، وهو مميز للنزف الهضمي العلوي.

إقياءات طحل القهوة : Coffee ground emesis

هو إقياء لمادة تشبه طحل القهوة ، وهو أيضاً مميز لنزف علوي أقل غزارة خاصة بحال بقائه فترة طويلة داخل المعدة و تأثر الدم بالعصارة المعدية.

16



- التغوط الزفتي : Melena

براز أسود بسبب تفكك الكريات الحمر بالبكتريا المعوية (50 - 200 مل دم قد تسببه) ، وهو مميز للنزف العلوي مع العلم أن بعض حالات النزف السفلي من الأمعاء الدقيقة و الكولون الأيمن قد تتظاهر ببراز زفتي إذا بقي الدم ضمن الأمعاء أو الكولون لأكثر من 12 ساعة.

- التغوط الدموي : Hematochezia

تغوط لدم أحمر قاني، يأتي غالباً من المستقيم، علامة مميزة للنزف السفلي، وقد نشاهده في النزف العلوي الغزير.

17

أعراض وعلامات الصدمة بنقص الحجم :
نشاهدتها في النزوف العلوية أو السفلية الغزيرة (الكتلية)، أهمها
صداع – طنين – تهيج – عطش – خفقان – تسرع النبض
هبوط الضغط- جفاف الأغشية المخاطية
أعراض مرتبطة بأسباب النزف : (حسب الآفة المسببة)
ألم بطني – إسهال – إقياء – ترفع حروري – نقص وزن –
نقص شهية.
قد يشكو المريض من عرض أو أكثر أو قد لا يعاني من أي منها.

18

القصة المرضية

- يجب أخذ قصة مرضية مفصلة مع الانتباه إلى السوابق المرضية.
- قد تكون القصة موجهة للتشخيص : مثلاً :
تغوط زفتي تال لعدة أيام من الألم الشرسوفي : **قرحة هضمية**.
إقياء دموي بعد عدة إقياءات شديدة مع تهوع : **مالوري وايس**.
نزف كتلي بشكل إقياء دموي كبير + تغوط دموي : **دوالي مري**.
- عدد كبير من المرضى خاصة في حالات النزف العلوي يذكرون قصة تناول لمضادات الالتهاب غير الستيرويدية NSAIDs.

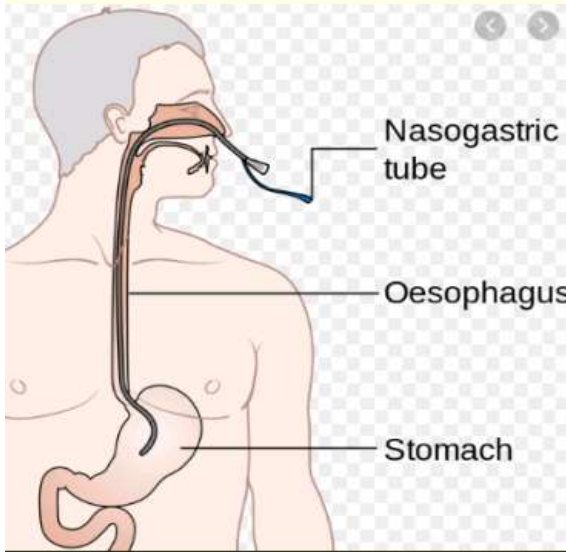
19

الفحص السريري

- يمكن أن يقدر أهمية النزف.
- قد نشاهد علامات الصدمة النزفية : شحوب – أطراف باردة – تسرع نبض – هبوط ضغط – انخماص الأوردة الوداجية – شح بول
- فحص الشرج : بالتأمل و المس الشرجي
قد نشاهد دم أحمر قاني أو براز زفتي.
قد نشخص سبب النزف السفلي في بعض الحالات (بواسير، أورام).

20

التشخيص

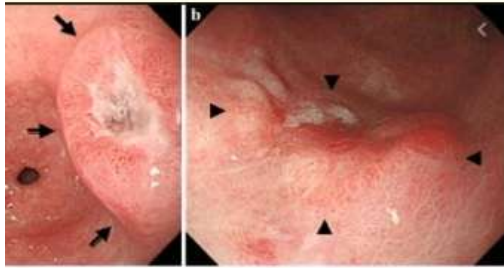
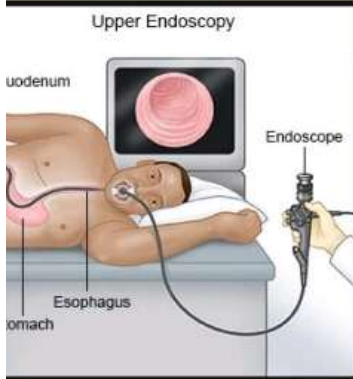


1- تركيب أنبوب أنفي معدي : NGT :

- يجب أن يتم لدى جميع مرضى النزف الهضمي العلوي و السفلي تركيب أنبوب أنفي معدي.
- إن خروج دم أحمر قاني أو مادة تشبه طحل القهوة ضمن الأنبوب موجه بشدة للنزف العلوي.
- عدم خروج دم أو طحل القهوة في الأنبوب لا ينفي السبب العلوي للنزف.

21

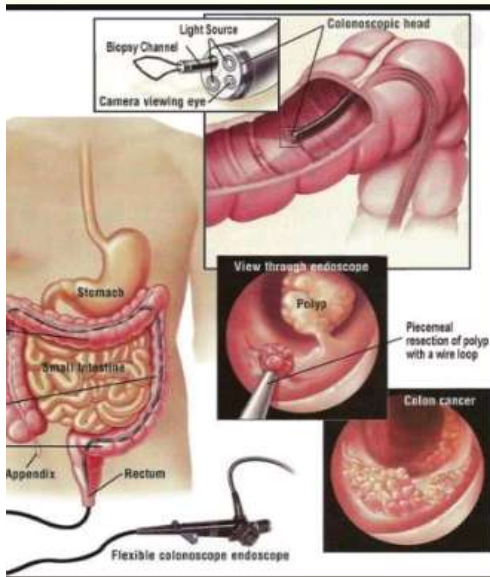
2- التنظير الهضمي العلوي :



- 1- هو الإجراء التشخيصي المفضل لدراسة النزف الهضمي العلوي.
- 2- يحدد مكان النزف في 98 % من الحالات.
- 3- يشخص سبب النزف لدى غالبية المرضى.
- 4- يمكن أن يقدم التدبير العلاجي لدى بعض المرضى من خلال السيطرة على النزف بطرق مختلفة.
- 5- قد لا يكون مشخصاً في بعض الحالات بسبب غزارة النزف أو بسبب عدم التمكن من رؤية مصدر النزف.

22

3- التنظير الهضمي السفلي (تنظير الكولونات التام) :



- 1- يمكن من خلاله رؤية كامل الكولونات حتى الوصل الدقيقي الأعوري.
- 2- يعتبر الإجراء التشخيصي البدئي لتقييم النزف الهضمي السفلي.
- 3- قد يتمكن من تحديد مكان النزف لدى بعض المرضى خاصة عند وجود نزف فعال غير شديد أثناء التنظير.
- مساوئه : إن قدرته على تقييم النزف السفلي الحاد ليست كبيرة خاصة عند وجود نزف كتلي وكميات كبيرة من الدم أثناء التنظير و عند إجرائه دون تحضير للكولونات.

23

التدبير

1- إنعاش المريض :

- بعد تقييم المريض بالقصة و الفحص السريري وعند وجود أعراض نقص الحجم يجب البدء مباشرة بإنعاش المريض :
- فتح وريدين محيطيين كبيرين.
- البدء بتعويض الحجم بإعطاء المحلول الملحي النظامي 0.9%.
- يجب أن نسحب عينة دم لإجراء زمرة وتصلب وتأمين دم.
- يجب إجراء تحاليل مخبرية إسعافية : تعداد الكريات البيض مع خضاب و تعداد الصفيحات – شوارد الدم (صوديوم – بوتاسيوم)

32

- وظائف كبد – وظائف كلية – وظائف التخثر.
- تركيب قنطرة بولية و قنطرة وريد مركزي.
- عند وجود خسارة دموية كبيرة يجب نقل دم أو كريات حمراء.
- القبول في وحدة العناية المركزة و المراقبة الحيوية الحثيثة (الضغط – النبض – الصبيب البولي – الوعي – مراقبة المفرزات المسحوبة بالأنبوب الأنفي المعدي).
- يتم بعد ذلك محاولة تشخيص السبب و معالجته.
- ملاحظة : 80% من النزوف الحادة العلوية والسفلية تتوقف تلقائياً بعد الإنعاش بالسوائل و إصلاح اضطرابات التخثر.

33

2- تدبير النزف الهضمي العلوي :

القرحة الهضمية :

- ❖ 10-15% من مرضى القرحة الهضمية يطورون نزفاً هضماً علو
- ❖ يعتبر النزف الهضمي الحاد من القرحة السبب الأول للوفيات عند هؤلاء المرضى.
- ❖ يحدث النزف الحاد من القرحة بسبب حصول تمزق لأحد الفروع الشريانية في سرير القرحة بتأثير الحمض المعدي.
- ❖ القرحة المعدية لديها ميل أكبر للنزف من القرحة العفجية لكن المعدل الإجمالي لحدوث النزف متساوٍ بين النمطين وذلك لأن القرحة العفج أكثر شيوعاً من المعدية.

34

يشمل التدبير ما يلي :

1- المعالجة الدوائية :

- يفضل البدء بالعلاج بالأدوية المثبطة للإفراز الحمضي (نعطي أوميبرازول 80 ملغ جرعة وريدية هجومية ثم نتابع ب 80 ملغ / 24 ساعة تسريب وريدي مستمر.
- البدء بعلاج ال H.P إن وجدت.
- أهمية العلاج الدوائي هو التقليل من احتمال نكس النزف بعد توقفه ومن الحاجة للجراحة، لكنه لا ينقص من معدل الوفيات.

35

2- التنظير العلوي :

- ❖ يجب أن يجرى خلال 24 ساعة من حدوث النزف.
- ❖ يستطب التداخل لإيقاف النزف بالتنظير العلوي في حال كان مظهر القرحة من النمط (1a, 1b, 2a, 2b) حسب تصنيف فوريسست.
- ❖ أهم الطرق المستخدمة لإيقاف النزف :
 - الربط : (ربط الوعاء النازف عن طريق وضع كليبس).
 - التخثير الحراري : عن طريق المخثر الكهربائي وحيد أو ثنائي القطب أو باستخدام الليزر أو الأرغون.
 - حقن الأبينفرين : يسبب تقبض وعائي في الوعاء النازف مما يؤدي لتوقف النزف.
 - حقن المواد المصلية : تحدث تخثراً في الوعاء النازف.

36

3- المعالجة الجراحية :

- حوالي 10% من المرضى قد يحتاجون ل**تداخل جراحي** بالنهاية لتدبير النزف من القرحة الهضمية، وتشمل الإستطببات الجراحية كل مما يلي :
- حالة هيموديناميكية غير مستقرة على الرغم من الإنعاش الممتاز.
 - نزف بطيء لكنه مستمر مع الحاجة لنقل دم ($< 4-3$ وحدات / 24 سا) للحفاظ على الإستقرار الهيموديناميكي.
 - فشل العلاج عن طريق التنظير في إيقاف النزف.
 - نكس النزف بعد التدبير الناجح بالتنظير : يمكن إعادة المحاولة للسيطرة عن طريق التنظير العلوي لمرة واحدة فقط.
 - نكس النزف بكمية غزيرة مع حالة صدمة.

38

3- تدبير النزف الهضمي السفلي :

- الإنعاش بالسوائل و نقل الدم وإصلاح اضطرابات التخثر.
- العلاج عن طريق التنظير السفلي :
 - 1- استئصال البوليبيات النازفة.
 - 2- حقن الأبينفرين.
 - 3- التخثير الحراري.
 - 4- الربط أو الكلبسة (للواسير أو الدوالي النازفة).
- العلاج عن طريق التصوير الوعائي : يمكن إجراء الحقن الانتقائي للوعاء النازف بالفازوبريسين أو تصميم الوعاء النازف.

44

التدبير الجراحي : تشمل استطبابات الجراحة مايلي :

- حالة هيموديناميكية غير مستقرة على الرغم من الإنعاش الممتاز.
- نزف مستمر مع الحاجة لنقل دم ($< 3-4$ وحدات /24 سا) للحفاظ على الاستقرار الهيموديناميكي.
- فشل العلاج عن طريق التنظير السفلي (أو التصميم) في إيقاف النزف.
- نكس النزف بعد التدبير الناجح بالتنظير (يمكن إعادة المحاولة للسيطرة على النزف مرة واحدة عن طريق التنظير).
- نكس النزف بكمية غزيرة مع حالة صدمة.

45

نجري فتح بطن استقصائي ويفضل إشراكه مع تنظير أمعاء دقيقة أثناء الجراحة لنفي كون الأمعاء الدقيقة هي مصدر النزف.

هنا نواجه أحد احتمالين :

1- ننجح أثناء الجراحة في تحديد مكان النزف في الكولونات أو

نكون على علم مسبق قبل الجراحة بمكان النزف (إما عن

طريق التنظير السفلي أو التصوير الوعائي أو التفريسة)

نقوم في هذه الحالة باستئصال قسمي أو نصف كولون أيمن

أو أيسر للمنطقة النازفة.

2- لا نستطيع تحديد مصدر النزف أثناء الجراحة لكننا ننفي أن يكون

من الأمعاء الدقيقة، نجري هنا استئصال كولونات تحت تام.

انتهت المحاضرة