

## النزف الهضمي

## GASTROINTESTINAL BLEEDING

الدكتور عماد أسعد\*

- على الرغم من أن معظم حالات النزف الهضمي تتوقف تلقائياً يجب تعيين الحالات التي تتطلب تدخلاً جراحياً إسعافياً وهذا ليس قراراً سهلاً إذ يعتمد على:
- 1- الحالة العامة للمريض.
  - 2- مدى استقرار العلامات الحياتية.
  - 3- معرفة مكان النزف بالتنظير أو التصوير الوعائي.
  - 4- وضع الاستطباب الجراحي الإسعافي.

\* قائم بالأعمال في قسم الجراحة العامة بكلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## 1- مقدمة:

يعتبر النزف الهضمي الشديد أو المستمر من أكثر الحالات الطبية أهمية بالنسبة للطبيب الممارس والأخصائي في الأمراض الهضمية والشعاعي والجراح. حيث يجب تقييم النزف الهضمي والعلوي والسفلي باكراً وبسرعة وذلك باستعمال وسيلة التنظير الهضمي عند معظم المرضى. لكن النزف ومكانه لا يعرفان خاصة إذا توضع تحت رباط تريتز Treitz وفي هذه الحالات نلجأ إلى التصوير بالنظائر المشعة أو التصوير الوعائي الظليل ومع ذلك تبقى نسبة المراضة والوفيات عالية عند المرضى الذين لم يتم ضبط النزف الهضمي لديهم. إذ أن أهم ما يمكن للجراح القيام به هو تعيين النزف الهضمي الذين يستفيدون من التداخل الجراحي والقيام بالإنعاش الدوراني المناسب لهم واختيار العمل الجراحي المناسب والأكثر فائدة.

يشكو معظم مرضى النزف الهضمي من قيء دموي Hematemesis أو تغوط دموي أسود Melena أو خروج دم أحمر قاني عبر المستقيم أحياناً Hematochezia وقد تظهر أعراض الصدمة النزفية وعند عدم وضوح سبب الصدمة نضع أنبوب أنفي معدي ونفحص الشرج إصبعياً أو بالتنظير.

يقسم النزف الهضمي إلى:

أولاً: النزف الهضمي العلوي U.G.I.

ثانياً: النزف الهضمي السفلي L.G.I.

يتوضع النزف الهضمي العلوي فوق رباط تريتز Treitz ويتظاهر غالباً بقيء دموي أو طحل القهوة. ومظاهرة المتأخرة خروج براز مائل إلى السواد كريبه الرائحة وقد أوضحنا أسباب النزف الهضمي العلوي في الجدول رقم (1) مع الأخذ بعين الاعتبار أن النزف الهضمي العلوي هو أكثر أسباب التغوط الدموي الأسود ومن أكثر الحالات النزفية التي تهدد حياة المريض.

لكن النزف الهضمي السفلي البدئي فهو من الكولون عادة وإلى درجة أقل من الصائم أو الدقاق. يتظاهر بخروج دم أحمر قاني من المستقيم Hematochezia أو دم مائل إلى اللون الكستنائي البني Marooncolored وقد يتظاهر النزف من الكولون الأيمن بشكل تغوط دموي أسود Melena. علماً أننا أوضحنا أسباب النزف الهضمي السفلي في الجدول رقم (2) وقد يكون النزف الهضمي خفيفاً من معظم القناة الهضمية ويتظاهر بشكل دم خفي في البراز. لكن بعض الحالات قد تؤدي إلى نزف هضمي سفلي واسع. يجب تحديد المبادئ الأساسية في تقييم شدة النزف والإنعاش والتدبير الباكر على الرغم من تنوع أسباب النزف الهضمي. وكذلك معرفة الخطوات النوعية في تعيين مكان النزف وهل هو نزف هضمي علوي أم سفلي. إذ أن التدبير الصحيح للنزف الهضمي يعتمد على معرفة الأسباب الحقيقية له. لكن هذا مختلف عليه بين مدرسة وأخرى. والسرعة في تقييم الحالة النزفية تعتمد على معرفة مجال وكمية الدم النازف ومدى استقرار العلامات الحياتية.

يجب على الطبيب أن يقيم حالة المريض بسرعة وقد يتخذ قراره قبل أن تتوفر المعلومات الطبية الكافية ويطبق الخطة العاجية الخاصة في تدبير مريض النزف الهضمي التي لاحقاً.

## 2- تقييم حالة المريض: Assessment

يتظاهر النزف الهضمي بشكل نز بطيء أو نزف عاجل أو متقطع أو مستمر لذا يجب القيام بعمل جاد لمعرفة سبب النزف والتركيز على مبادئ تدبير هذا النزف المهدهد لحياة المريض. من العوامل المتعددة في تقدير خطورة النزف الهضمي:

1- درجة النزف.

2- مدة النزف.

3- عمر المريض.

4- وجود حالات مرضية خطيرة مرافقة (قصور قلب - تسمع كبد) وقد لا يوجد وقت كاف لخدمة المريض الذي يعاني من نزف هضمي سريع وواسع إذ لا تسمح حالته بالاستقصاءات المعروفة من تنظير وتصوير وعائي لمعرفة مكان بل يجب تقديم الإنعاش بسرعة في غرفة الإسعاف ووحدة العناية المشددة، وإجراء التشاور الطبي الباكر والسريع بين الطبيب الداخلي - والجراح والشعاعي والمخدر عند وجود نزف هضمي مهدهد لحياة المريض وإجراء اللازم.

فالخطوة الأولى في تدبير النزف هي معرفة درجة النزف وتقدير كمية الدم المفقود وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (3) (التصنيف السريري للصدمة).

يعتبر النزف سريعاً وواسعاً إذا كان المريض يعاني من قياء دموي غزير أو تغيوط دموي أحمر كبير أو هبوط الضغط الدموي والمريض مستلقي أو تغير الضغط الدموي بتغير وضعية المريض أو وجود نبض سريع وخيطي. وهناك علامات أخرى تشير إلى نقص حجم الدم (صدمة) مثل: انخفاض درجة حرارة الجلد في الأطراف السفلية والجلد الرطب البارد المندى Alainmy واضطراب وعشوش عقلي Confusion وإثارة واحتياج Agitation وخيل Obtundation.

جدول رقم (1): أسباب النزف الهضمي العلوي U.G.I

النسبة المئوية	Etiology	الأسباب
15-20 %	* دوالي المريء	1- المريء:
3-5 %	* تناثر مالوري ويس	أ- أسباب عامة:
5-10 %	* التهاب المر بالجزر وتفرع المر	
10-20 %	* قرحة معدية	2- المعدة:
20-30 %	* التهاب المعدة النزفي الحاد	
????????	* قرحة الشدة (سليمة)	
2-3 %	* أورام المعدة (خبيثة)	
20-30 %	3- العفج-القرحة العفجية	
	1- فتق حجابي	ب- أسباب نادرة:
	2- استئناء الصفراء Hematobilia	
	3- ناسور أبهري-هضمي	
	4- التهاب بنكرياس حاد	
	5- متلازمة سوء تشكل الأوعية	
	6- داء كرون	
	7- تالي للعمل الجراحي	
	8- اضطرابات عناصر تخثر الدم	
	9- أمراض الكولاجين الوعائية	
	10- ارتفاع البولة الدموية	

جدول رقم (2): أسباب النزف الهضمي السفلي L.G.I

أ- أسباب عامة أكثر شيوعاً:	نزف هضمي علوي
ب- أمعاء دقيقة:	1- متلازمة سوء تغسل الأوعية
	2- أورام
	3- انغلاف أمعاء
	4- رتج ميكل
	5- داء كرون
	6- اعتماد أوعية معاريفية حادة
ج- كولون	1- داء الرتوج
	2- سوء تغسل وعائي
	3- أورام
	4- بوليبيات
	5- التهاب كولون قرحي
	6- داء كرون
	7- رضوض تالية للتطير
	8- أنتانات - زحار - الشيستوسوما
	9- دوالي
د- الممتقيم والشرج:	1- بواسير
	2- شقوق الشرج
	3- أورام
	4- بوليبيات

جدول رقم (3): التصنيف السريري للصدمة: Clinical classification of shock

درجة الصدمة Degree of shock	الفيزيولوجيا المرضية Pathophysiology	المظاهر السريرية Clinical manifestations
1- خفيفة % Mild كمية الدم المفقودة (500-1000 ml)	• نقص الدوران الدموي المحيطي في الأعضاء التي تتحمل نقص التروية لفترة طويلة مثل (الجلد - الدهن - العضلات والعظام). • pH الدم الشرياني طبيعي	• يشعر المريض بالبرد • تغير الضغط بتغير وضعية المريض • شحوب + رطوبة الجلد • غياب انتباج أوردة الرقبة • بول كثيف
2- متوسطة 20-40% Moderate كمية الدم المفقودة (1000-2000 ml)	• نقص التروية الدموية المركزية للأعضاء القادرة على تحمل نقص خفيف في التروية الدموية (الكبد- الكلية- الأمعاء) • حدوث احمضاض استقلابي	• عطش • انخفاض الضغط الدموي في وضعية الاستلقاء • تسرع نبض متوسط فوق ١٢٠ • شح بول أو انقطاع بول • تسرع تنفس
3- شديدة 40% Severe shock كمية الدم المفقودة (2000 ml)	• نقص الدفق الدموي إلى القلب والدماغ • احمضاض استقلابي شديد • قد يحدث احمضاض تنفسي	• زيادة في الأعراض السابقة • إثارة واهتياج agitation • تشوش عقلي confusion • مخبول obtundation • هبوط ضغط والمريض مستلقي • نبض سريع وخبطي فوق (120) • تنفس سريع وعميق وضحل • Rabid - Deep of shallow Breathing

### 3- الفحص الفيزيائي: Physical Examination

قد يوضح الفحص الفيزيائي سبب النزف الهضمي إذ نلاحظ علامات أمراض الكبد المزمنة مثل تشمع الكبد واليرقان - ضخامة كبد وطحال - حبن في البطن - عنكبوت وعائي وتوسع الدوران الجانبي على جدار البطن وتوسعات وعائية على الجلد والثآليل تشير إلى اضطرابات وعائية قد تكون سبباً للنزف الهضمي والنزف من ناسور أبهري معوي يشير إلى أم دم أبهري بطنية نابضة مجسومة. ووجود ندب جراحية سابقة في المنطقة الشرسوفية يشير إلى عمليات قرحة هضمية.

يشير الألم الشرسوفي مع أيام ممض إلى التهاب المعدة أو قرحة هضمية لكن أيام البطن المنتشر مع نزف هضمي وغياب الحركات الجوية يشير إلى احتشاء معوي ووجود دم حول القم أو على الصدر يشير إلى نزف هضمي ووجود دم على الإصبع الفاحصة بالمس المُرَجِي يشير إلى نزف هضمي علوي أو سفلي.

هذا ويجب التأكيد للمريض الذي حدث له نزف هضمي وعرف مكانه أن النزف الفاكس لاحقاً إذا حدث عنده قد لا يكون من نفس المكان الذي نزف سابقاً لذلك فالمعالجة الصحيحة تعتمد على تشخيص صحيح وليس على أسباب محتملة تبني على شك سريري.

### 4- الإعاش والحفاظ على العلامات الحيوية: Resuscitation of stablization

سرعة القيام بالإعاش تعتمد على شدة الصدمة وعلاماتها السريرية.

أ- فتح وريد Venous Access:

يجب فتح وريد أو أكثر باستعمال قنطرة وريدية (14 أو 16 gauge) وقد نحتاج إلى تجريد وريد جراحي وعندما يستقر وضع المريض نضع له قنطرة وريدية مركزية أو قنطرة شريان رئوي وهذا يساعد في مراقبة مرضى الأقات القلبية والرئوية والكولية. وهذا لا ينصح به عند المريض الذي يعاني من صدمة نزفية سريرية بدون الأمراض المذكورة الأخرى.

ب- الفحوص المخبرية Laboratory Evaluation:

عند فتح وريد نأخذ عينة من الدم إلى المخبر ونعاير الهيموغلوبين والهيماتوغريت واضطرابات تخثر الدم (زمن البروترمين - زمن التخثر - P.T.T. والصفائح الدموية) والزرمة الدموية والتصلب وتأمين وحدات دم ومعايرة الشوارد في الدم والبولية الدموية والكرياتين، وظائف الكبد وسكر الدم. وتجب معايرة غازات الدم  $PO_2$  -  $PCO_2$  عند المريض المصاب بصدمة شديدة، وكذلك معايرة pH الدم وهذا يعطي فكرة عن حدوث الاحمضاض الاستقلابي ودرجة الأكسجة في  $PCO_2$  كذلك نطلب تخطيط قلب كهربائي وصورة صدر Xray.

ج- تسريب المحاليل الملحية Crystalloid Infusion:

بعد فتح الوريد نعطي المريض مصل ملحي أو رنجرلاكتيت حتى نحافظ على الحجم الجوال والعلامات الحياتية. حيث نعطي المريض (3) لتر بمعدل لتر واحد كل 15-20 دقيقة حتى تستقر العلامات الحياتية.

د- نقل الدم:

نادراً ما ننقل دم واهب عام مباشرة (0<sup>-</sup>) دون تصالب أو توافق زمر النزف الهضمي. بل يجب إجراء التصالب قبل نقل الدم فإذا كان موافقاً نبدأ بنقله حتى حجم الدم الجوال مناسباً وكمية الدم المنقولة وسرعة نقلها يعتمد على مدى استقرار العلامات الحياتية ونسبة الهيموغلوبين والهيماتوغريت في دم المريض ومدى حصول نزف جديد فعال وذلك التقييم السريري للمريض. لكن إذا بقيت العلامات السريرية للصدمة واضحة نعطي المريض الأكسجين عن طريق القنية الأنفية أو الماسك بمعدل 5-10 لتر في الدقيقة لأن هذا يقلل من خناق الصدر ومن التروية القلبية وكذلك نضع للمريض قنطرة مثالية لجمع البول.

هـ- دراسات خاصة في تشخيص مكان النزف Special studies:

أ- النزف الهضمي العلوي U.G.I:

يجب إجراء تنظير مري ومعدة بشكل روتيني باكراً عند كل مريض مصاب بنزف علوي إذ يعتبر وسيلة لمعرفة سبب ومكان النزف وهذا يساعد على المعالجة الصحيحة لكن الاستعمال الروتيني والباكر لتنظير المريء والمعدة مختلف عليه لأن معظم أماكن النزف تتوقف تلقائياً أما النزوف الكبيرة مع علامات الصدمة أو النزف المستمر أو الناكس يجب فيها تنظير المعدة والمري.

ويجري التنظير عند استقرار وضع المريض وتوقف النزف أو تتم إزالة الدم والخثرات بالماء المتلج عن طريق غسل المعدة لأن هذا يحسن الرؤيا أثناء التنظير ويتحمل المريض هذا الإجراء وقد تحتاج لاستعمال المهدات وريدياً أحياناً. والمدة المسموح فيها للتنظير هي عشرة دقائق ودقة التشخيص تكون 95% إذا أُجري التنظير خلال 12 ساعة من بدء النزف. وللتنظير الفوائد التالية:

- معرفة مكان النزف، قد يوجد أكثر من مكان نازف.
- معرفة نوع النزف هل هو حديث ناكس أو مستمر أو توقف تلقائياً.
- رؤية الشريان النازف، أو الشريان النازف داخل القرحة.
- عندما لا نرى شريان بل نرى نزف دموي أو خثرة في مكان النزف فهذا يشير إلى نزف ناكس.
- تخثر المنطقة النازفة.

قد يستخدم التصوير الوعائي الظليل كوسيلة تشخيصية في النزف الهضمي العلوي وذلك إذا كانت كمية الدم النازف بمعدل 30 مل/مما أو 0.5 مل/دقيقة.

ب- النزف الهضمي السفلي:

أهم خطوة في تشخيص النزف الهضمي السفلي هي استبعاد أي مصدر للنزف الهضمي العلوي. يوضع أنبوب أنفي وإجراء غسل المعدة.

ويتم التنظير الهضمي السفلي على مراحل:

1. تنظير المستقيم والشرح: يفيد في التشخيص الأمراض التالية:

- التهاب الكولون قرحي مزمن.
- التهاب كولون تالي لنقص التروية Ischemic colitis
- البوليبيات.
- الأورام.
- بواسير نازفة.
- قرحة مستقيمة.

وإذا لم يتوضح سبب النزف عند الوصول إلى السين عند ذلك نقوم بتنظير الكولون.

1. تنظير الكولون بالكامل: عند فشل التصوير الوعائي الظليل نغسل الكولونات والأمعاء بمحلول ملحي أو محلول بولي إيثيلين غلايكول Poly Ethylene glycol ويتم تنظيفها من الخثرات والبراز باستعمال 3-4 لتر من المحلول السابق عن طريق الفم أو باستخدام أنبوب أنفي معدي لمدة 2-3 ساعات. وبذلك يكون التنظير جيداً ويساعد في معرفة مكان النزف بنسبة 30-80% في الكولونات ورؤية الدم من الدمام الدقاقي الأعوري يشير إلى أن النزف هضمي علوي مرافق غير مشخص والمعطيات التي نحصل عليها بالتنظير الكولوني قد تغير من خطة المعالجة.

2. التصوير الظليل للكولونات: يمكن إجراؤه عند المرضى لمعرفة سبب النزف الهضمي الواسع الذي يحتاج المريض فيه إلى أكثر من 1500 مل خلال 24 ساعة للحفاظ على العلامات الحيوية وقد يكون التصوير علاجي نستطيع حقن Vaso presin موضعياً في الوعاء النازف.

5- تدبير النزف الهضمي:

معظم النزوف الهضمية تتوقف تلقائياً معطية الفرصة الكافية لاستقصاء سبب ومكان النزف والمعالجة المحافظة. أما في النزوف الكبيرة فيجب وضع القرار الباكر جراحياً للسيطرة على النزف والعوامل المؤثرة في هذا القرار هي:

1. درجة الصدمة.
2. كمية الدم المنقولة للحفاظ على العلامات الحيوية.
3. سن المريض.
4. وجود أمراض خطيرة مرافقة (كلوية - قلبية - كبدية).
5. توفر الدم.

I- النزف الهضمي العلوي:

1- القرحة الهضمية: إن تدبير القرحة الهضمية- المعدية أو العفجية النازفة متماثل على الرغم من الاختلاف سببياً بينهما.

### التشخيص:

ألم شرسوفي يزول بالطعام ومضادات الحموضة وقد يكون النزف الهضمي هو المظهر الأول للقرحة الهضمية. ويعاني المريض من إيلام شرسوفي أو وجود ندبة جرح شرسوفي سابق يرجح قرحة ناكسة بما في ذلك القرحة الهامشية النازفة.

### التدبير:

أ- أنبوب أنفي معدي (gauge 18) لمعته واسعة لكي تقلل من الغثيان والقيء وإزالة حموضة المعدة ومراقبة النزف المتكرر.

ب- تعطى فوراً مضادات الحموضة مثل Mylanta II, Maalox 30 مل كل 1-2/سا ويجب تجنب مضادات الحموضة عالية الصوديوم عند المرضى الذين لديهم احتباس أو قصور كلوي لا نعطيهم مضادات حموضة تحتوي على المغنيزيوم.

ج- مضادات الإفراز الحامضي: مثبطات  $H_2$  مثل Cinetidine 300g كل 6 ساعات أو Ranitidine (50 ملغرام) كل 4 ساعات وريدياً لأن الاستعمال المتزامن لمضادات الحموضة مثبطات  $H_2$  غير معروف فيما إذا كان يمنع تكرار النزف أم لا. أما المرضى الذين يعانون من قرحة هضمية نازفة بشدة يجب إعطاؤهم مضادات الحموضة ومثبطات  $H_2$  لضبط الإفراز الحمضي. ولا يوجد مبرر لاستعمال مضادات الكولين في تدبير النزف الهضمي العلوي الناجم عن القرحة الهضمية.

د- مراقبة حموضة المعدة: معايرة pH المعدة قبل كل جرعة من مضادات الحموضة وذلك لضبط الجرعة والحفاظ على (pH) المعدة أكثر من (5).

هـ- الحماية: منع الكحول والقهوة - التدخين - وتمنع الأدوية السيروتونينية ومضادات الرثية والأسبرين. إعطاء مقبضات الأوعية وريدياً (تسريب وريدي Vasopressin) بمعدل 0.2-0.44/minute لمدة 48-72 ساعة.

و- التنظير: إجراء تنظير قد يساعد في ضبط النزف من القرحة الهضمية باستعمال لاصقات Argon أو Neodymium أو التخثير الكهربائي ثنائي القطب.

### 2- التهاب المعدة والمريء والنفخ النزفي الحاد متلازمة الكرب:

كل هذه الحالات تتميز بحدوث نزف من مخاطية المعدة وأكثرها شيوعاً هو التهاب المعدة النزفي الحاد. لكن قرحات الكرب تحدث عند المرضى في وحدة العناية المركزة بعد رضوض واسعة أو معالجة دوائية.

### التشخيص:

جميع الحالات السابقة عديمة الأعراض قبل حدوث النزف أو قد توجد قصة ألم شرسوفي أو بعد تناول كمية كبيرة من الكحول أو مركبات سيترونيديية أو أسبرين.

### التدبير:

أ- أنبوب أنفي معدني، سحب المفرزات وغسل المعدة بالماء الملحي المثلج.

ب- مضادات الحموضة كل 1-2 ساعة حسب جرعة ؟؟؟؟؟ التي أعطيت سابقاً.

ج- إيقاف كل الأدوية المقرحة والأسبرين ومضادات الودمة.

د- نحقن Vaso pressin عند المرضى غير المستجيبين للمعالجة وذلك بمعدل 0.2-0.4 u/min ولمدة 48 ساعة وقد تسبب هذه المعالجة نقص تروية قلبية أو معدية أو نقص دوراني محيطي اضطرابات نظم قلبي، حادة أو تشنج قصبي، شح بول ونقص صوديوم الدم.

### التنظير:

إذا كان التسحج النزفي غير واسع يمكن تخثيره عبر التنظير. وبعد استقرار حالة المريض بإعطائه مضادات الحموضة ومثبطات  $H_2$ . استمرار النزف وعدم السيطرة عليه يشير إلى استئطاب جراحي.

### 3- متلازمة مالوري وايس Mallory weiss Syndrom:

عبارة عن تمزقات طولانية في الغشاء المخاطي للوصل المريئي المعدي ويكون التمزق غالباً ونادراً ما يكون متعدد.

### التشخيص:

قياء حديث، أو محاولة تقيء وسعال تالي لتناول كثيف للكحول ولا يوجد علامات فيزيائية نوعية والتنظير هو استقصاء مشخص وتكون هذه المتلازمة مترافقة مع التهاب معدة أو مري أو دوالي مري أو مع فتق رجوي.

### التدبير:

محلول ملحي للغسيل عن طريق الفم، إعطاء مضادات القيء عند 90/ من المرضى وقد تجري تنظير للمريء والمعدة وتخثر المنطقة النازفة. أما الضغط بالبالون (عبارة عن أنبوب مطاطي يضغط على الوصل المريئي المعدي) عند فشل الطرق الأخرى. وهناك نسبة أقل من 5% من الحالات تحتاج لإجراء عمل جراحي. فتح الوجه الأمامي للمعدة وخياطة المنطقة النازفة عند الوصل المريئي المعدي.

### 4- دوالي المريء Varices:

تؤدي النزوف التالية لدوالي المريء إلى وفيات عالية وهناك طرق مختلفة ومتنوعة في التدبير.

### التشخيص:

لا يعتمد تشخيص دوالي المريء النازفة على المعلومات السريرية التي تشير إلى فرط ضغط الدم البابي فقط، بل أن تنظير المريء والمعدة هو مفتاح التشخيص الوحيد.

### التدبير:

إن تدبير دوالي المريء النازفة صعب للغاية إذ يجب تجنب زيادة عبئ السوائل وحجم الدم هذا قد يرتفع الضغط البابي وبذلك يساعد في عودة حدوث النزف من دوالي المريء.

1. إنقاص الضغط البابي بإعطاء الـ Inderal وبذلك نقلل من خطر النزف.
2. حقن الـ Vasopressin وهذا ينقص من الصبيب البابي ويقلل بشكل غير مباشر من الضغط البابي ونحقن 0.2-0.4 u/min لمدة 24 ساعة فإذا توقف النزف ننقص الجرعة إلى 0.1 u/min لمدة 12-24 ساعة وإذا عاد النزف ندفع الجرعة ثانية إلى 0.4 u/min.
3. الضغط بالبالون Ballon Tamponade وهو باستعمال أنبوب Sung staken-Blakemor tube وهو أنبوب بالوني مضاعف عبر المريء والمعدة ريثما ينتهي لنا البحث عن طريق مثل التصليب وغيرها. ومن المضاعفات هي عودة النزف بعد نزع هذا البالون ولتقليل نسبة الخطورة عن وضع البالون نتبع المعلومات التالية:

- ادخل الأنبوب جيداً إلى المعدة لكي تتجنب خطر نفخ القسم المعدي في المريء.
- انفخ بالون المعدة بمقدار (200-250 ml) هواء.
- اسحب الجهاز قليلاً إلى الخارج حتى تتأكد من توضع البالون عند الوصل المريئي المعدي.
- استخدم أوقية أو أوقينين للشد وثبت الأنبوب على الأنف.
- اطلب صورة للصدر تشمل القسم العلوي للبطن للتأكد من التوضع الصحيح والثابت لبالون المعدة.
- املء المعدة بالماء المتلج واغسل المعدة عبر الأنبوب.
- بعد 4-6 ساعات انفخ بالون المريء بـ (35-40 مل) ضغط زئبق وذلك فقط عندما يفشل بالون المعدة من ضبط النزف.
- اسحب المفرزات البلعومية لكي تتجنب ذات الرئة الاستنشاقية.
- اعطي المريض الصادات الوسيعة تجنباً لذات الرئة.
- إذا بقي دم في البلعوم فهذا يشير إلى فشل البالون الضاعف في ضبط النزف عند ذلك فرغ البالون واعد وضعه جيداً، وانفخه ثانية وتعطي Vasopressin بعد ذلك يستمر نفخ البالون لمدة 24 ساعة فقط.
- وأهم المضاعفات التالية لهذه الطريقة هي:  
ذات الرئة الاستنشاقية - تمزق المريء - انتقاب المريء، وهذه مضاعفات مميتة.

### المعالجة المصلية:

هذه الطريقة تستخدم لتخثير الدوالي النازفة بشدة التي لا يتم ضبطها بالطرق الأخرى ويجب إعطاء المهدئات في تطبيقها.



تتم هذه الطريقة عبر منظار لين ومتحرك ويتم التخثير باستعمال مادة صوديوم موريوت Sodium morrhuate وهي مادة مصلية يمكن حقنها ضمن الدوالي أو دوراها أو الاثنتين معا أو يتم التخثير باستخدام محلول (50:50) يكون فيه 5% محلول سكري 1.5% صوديوم تتراديسيل سلفات Sodium tetradegyl sulfate (sotradecol) وهذه المادة تحقن ضمن الدوالي.

ويمكن إجراء التصليب أثناء التنظير الأول عند وجود النزف الهضمي العلوي أنو بعد إنعاش المريض واستقرار العلامات الحياتية وتوقف النزف باستخدام (البالون أو Vasopressin) تجري تصليب دوالي المريء عدة مرات أما دوالي المعدة فهي صعبة المنال، ومن أهم مضاعفات التصليب: حرارة - ألم خلف القص - تسرع نبض - عسرة بلع - متلازمة الكرب التنفسي - انتقاب المريء - قصور المسرة المريئية المعدية.

## II- النزف الهضمي السفلي:

### 1- داء الرتوج Diverticular Disease:

يعتبر النزف الهضمي مضاعفة ؟؟؟؟ في داء الرتوج يتراوح بين دم خفي في البراز يسبب فقر دم مزمن وبين نزف دموي أحمر واسع Hematochezia يهدد الحياة. ويكون النزف من أحد الرتوج في الكولون الأيمن على الرغم من أن معظم الرتوج تتوضع في الكولون الأيسر (النازل، والسين).  
التشخيص:

يوضع التشخيص بعد نفي الأمراض الأخرى النازفة مثل الأورام التهاب الكولون القرصي، والتشوهات الوعائية Angiodysplasia

- حقنة الباريوم: وسيلة تشخيصية عند وجود نزف خفيف غير ملح نقي، التهاب الكولون القرصي، الأورام، البوليبيات لكن التصوير المضاعف بالباريوم يوضح البوليبيات الصغيرة والأورام ولا يشخص الرتج النازف وقد تكون الحقنة الباريئية علاجية أحيانا مثل الانغلاف. ولكن عند وجود نزف فعال تجري تنظير كولوني أو تصوير وعائي.

- تنظير الكولون Colonoscopy: هو أفضل وسيلة تشخيصية عند وجود نزف كولوني خفيف أو متوسط. والذين لم تعط الحقنة الباريئية أي معلومات لديهم. وعند وجود نزف فعال يمكن بالتنظير تحديد مكان النزف والرتج النازف وكذلك يجب إجراء تنظير الكولونات عند فشل التصوير الوعائي في تحديد مكان النزف أما وجود نزف غزير فإن التنظير قد يكون فعالاً.

- التصوير الوعائي Angiography: إذا خسر المريض أكثر من 1500 مل دم أو تم الاعتقاد أن النزف بمعدل 0.5 ml/minute فهذا استطباب للتصوير الوعائي وقد يكون هذا التصوير انتقائياً يحدد مكان النزف وينفي وجود نزف بسبب التشوه الوعائي الشرياني الوريدي ويساعد في تطبيق الطرق غير الجراحية في ضبط النزف (تصلب وتخثير).

### التدبير:

محافظة: قد يتوقف النزف تلقائياً في معظم الحالات بعد راحة في السرير، تهدئة المريض، وجبات سائلة، إمامة، نقل دم. وذلك للحفاظ على حصيل بولي طبيعي، والهيماتوغريت ضمن الحدود الطبيعية. والتصوير الوعائي قد يكون تشخيصياً وعلاجاً وذلك بحقن Vasopressin بمعدل 0.2-0.44/minute أو تصليب الوعاء النازف. مع الأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث نقص تروية نتيجة لذلك.

العمل الجراحي: هناك نسبة قليلة من المرضى يحتاج إلى المعالجة الجراحية الإسعافية لأن معظم النزوف تتوقف تلقائياً بالمعالجة المحافظة وأن إجراء التنظير الكولوني أو التصوير الوعائي يساعد في تحديد مكان النزف وهذا ما يعتبر حجر الأساس في الاستطباب الجراحي ومدى اتساع الاستئصال المطلوب وهذا أفضل مما كان يجري سابقاً مثل استئصال نصف الكولون أيمن أو استئصال كولون تحت التام.

### 2- التشوهات الوعائية Angiodysplasia:

التشوه الوعائي أو شذوذ أوعية الأمعاء الكبيرة هو أحد أسباب النزف الوعائية الهضمية، يتراوح النزف بين نزف خفي ودم أحمر قاني Hematochezia.

### التشخيص:

يحدث هذا النزف عند المتقدمين في السن، وهو غير مؤلم. إذ قد يعاني المريض من فقر دم بنقص الحديد قبل أن يبدأ خروج براز أسود أو كستنائي أسمر أو دم طازج أحمر من العُرج. وتشخيص هذه الحالة

صعب ومخيب للأمل. ومن الصعب تحديد مكان النزف لأن هذا النزف غالباً متقطع. لذلك يجب إعادة الومائل الاستقصائية عدة مرات خاصة أثناء النزف (مثل تنظير وعائي).  
التنظير:

يتوضع الثمويه الوعائي، غالباً في الأور والكلون الصاعد وتبدو المخاطية بلون أغمر فاتح أو بشكل عنكبوت وعائي.  
التنظير الوعائي:

نادر ما يوضح خروج دموي فعال إلى لمعة الأمعاء بسبب طبيعة النزف المتقطع. والتشخيص يعتمد على وجود أوعية شريانية صغيرة على الحافة الحرة للأمعاء (الأور والكلون الصاعد) خلال التصوير الشرياني حيث تتجمع المادة الظليلة بشكل شبكة أو عنقود ويلاحظ تأخر التفريغ الوريدي للمنطقة المتوسطة وإذا وجد نزف فعال يلاحظ خروج المادة الظليلة إلى لمعة الأمعاء.  
التدبير:

قد يتوقف النزف تلقائياً أو بالمعالجة المحافظة (راحة، نقل دم) ولا يوجد تدبير نوعي لهذه الحالة لظن عند وجود استطباب جراحي تكون المعالجة الجراحية كما في الارتوج وهي استئصال المنطقة النازفة أو استئصال كلون أيمن أو أيسر أو استئصال كلون تحت التام. وذلك حسب التقدير الجراحي للجراح.  
3- البواسير:

النزف الباسوري شائع الحدوث وغير فعال إلا إذا ترافق مع فرط ضغط الدم البابي عند ذلك يكون غزيراً ويؤدي النزف الباسوري إلى فقر دم مزمن.  
التشخيص:

تنظير الشرج والمستقيم، يلاحظ حليمات باسورية نازفة وكذلك يجب نفي الأمراض الهضمية الأخرى المسببة للنزف.  
التدبير:

يكون التدبير المحافظ كافياً مثل المليينات والمغاطس، الوجبات عالية الألياف ومضادات الونمة والمرقات الموضعية وأحياناً قد نضطر إلى المعالجة الجراحية.

الجدول رقم (4) الحالات السريرية في النزف الهضمي التي تتطلب تدخلاً جراحياً إسعافياً:  
4- النزف المستمر:

- المستمر: 4-6 ساعات.
- الصدمة غير المضبوطة بالمحاليل الملحية ويخسر المريض فيها 4-6 وحدات دم.
- 1. القرحة المعدية أو العفجية النازفة بشدة، بالتنظير يلاحظ نزف شرياني.
- 2. عودة النزف الفعال على الرغم من ضبط وضع المريض بالمعالجة المحافظة من نقل دم + سوائل في المشفى.
- 3. النزف المستمر:
  - 2-3 أيام.
  - المريض الذي نقل له 4-6 وحدات دم.
- 5- المريض ذي الزمرة الدموية النادرة. والذي عمره فوق 60 سنة.