

أسباب نفث الدم خبرة مشفى الأسد الجامعي باللاذقية

الدكتورة فاطمة ياسين قصاب*

الدكتور مالك حجازية**

جهان عباس***

تاريخ الإيداع 13 / 7 / 2009. قُبل للنشر في 3 / 9 / 2009

□ ملخص □

أجريت هذه الدراسة لتقييم الأسباب المختلفة لنفث الدم، وتبيان قيمة الصورة الشعاعية البسيطة للصدر CXR والتصوير الطبقي المحوري للصدر CT scan والتنظير القصبي الليفي المرن في تقييم هذه الأسباب. اشتملت الدراسة على (81) مريضاً (48 ذكراً و 33 أنثى)، تراوحت أعمارهم بين (18-88) سنة، من بينهم (52) مريضاً مدخناً و (29) مريضاً غير مدخن. الأسباب الأساسية لنفث الدم كانت: توسع قصبي (19.8%)، سرطان قصبي (18.5%)، التهاب قصبات حاد (9.9%)، ذات رئة (8.6%)، سل رئوي (7.4%)، التهاب قصبات مزمن (6.7%). أظهرت الدراسة أن نفث الدم كان خفيفاً لدى (56.8%)، معتدلاً لدى (29.6%) و غزيراً لدى (13.6%) من المرضى. نسبة إيجابية الاستقصاءات المجرة كانت على النحو الآتي: CXR (60.5%)، CTscan (77.6%)، تنظير القصبات الليفي المرن (67.3%)، لكن عندما شاركنا الـ CT scan مع التنظير القصبي فإن نسبة الإيجابية وصلت إلى (86.5%).

الكلمات المفتاحية: نفث الدم، الصورة الشعاعية البسيطة- للصدر- التصوير الطبقي المحوري للصدر- التنظير القصبي- التوسع القصبي- السرطان القصبي.

* مدرسة - قسم الأمراض الباطنة- كلية الطب- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.

** أستاذ مساعد - قسم الأمراض الباطنة- كلية الطب- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.

*** طالبة دراسات عليا (ماجستير)- قسم الأمراض الباطنة- كلية الطب- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.

The Causes of Haemoptysis: Experience of Al-Assad University Hospital in Lattakia

Dr. Fatima Yassin Kassab*
Dr. Malek Hejazie**
Jihan Abbas***

(Received 13 / 7 / 2009. Accepted 3 / 9 / 2009)

□ ABSTRACT □

This study was performed to evaluate the relative frequency of the different causes of haemoptysis and the role of chest radiography, computed tomography (CT) scanning and fibrobronchoscopy to estimate them. This study included (81) patients (48 males and 33 females), ranging in age between (18-88) years, (52 smokers and 29 nonsmokers). The main causes of haemoptysis were: bronchiectasis (19.8%), bronchogenic cancer (18.5%), acute bronchitis (9.9%), pneumonia (8.6%), tuberculosis (7.4%), and chronic bronchitis (6.7%). the haemoptysis was mild in (56.8%), moderate in (29.6%) and massive in (13.6%). The positivism of the diagnostic procedures was: CXR(60.5%), CT(77.6%), bronchoscopy (67.3%), but when combining a CT study together with a bronchoscopy, the positive yield notched (86.5%).

keywords: Haemoptysis, Chest Radiography, Chest CT Scan, Bronchoscopy, Bronchiectasis, Lung Cancer.

*Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**Associate Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate Student, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

التعريف: نفث الدم هو تقشع الدم من الجهاز التنفسي الواقع تحت مستوى الحنجرة (الأنابيب القصيبية والرئتين) [1]، وهو عرض شائع في أمراض جهاز التنفس و تكمن أهميته في تنوع الأسباب و الآليات الإمبراضية المسؤولة عنه، إذ قد يشكل تحدياً تشخيصياً سببياً لدى الأطباء، و هو عرض خطير إذ إنه قد يكون قاتلاً في بعض الحالات إذا لم يتم كشف أسبابه و تدبيرها في الوقت والشكل المناسبين [2].

أهمية البحث و أهدافه:

أجريت هذه الدراسة بهدف تقييم التواتر النسبي للأسباب المختلفة لنفث الدم، مع دراسة قيمة الـ CXR و CTscan و التنظير القصبي في تشخيص هذه الحالات و بالنتيجة إجراء التدبير المناسب لكل حالة من الحالات في الوقت المناسب مما سيؤدي إلى تحسين الإنذار.

طرائق البحث و مواده:

أجري البحث بالطريق الاستقبالي حيث تابعنا (81) مريضاً راجعوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية (قسم الأمراض الباطنة، العيادة الصدرية و قسم الإسعاف) بشكاية نفث دم و ذلك في الفترة الممتدة ما بين تموز 2008 و حزيران 2009.

تضمنت الإجراءات المتبعة في تقييم المرضى ما يأتي:

- تقييم سريري (استجواب دقيق و فحص سريري).
- استشارة أذن أنف حنجرة (ENT) لنفي المصدر العلوي للدم.
- فحوص مخبرية دموية ، كيميائية و تحاليل مناعية مصلية حسب التوجه.
- تحري الـ AFB (عصية كوخ) و تفاعل السلين الجلدي.
- CXR ، CTscan .
- تنظير قصبات ليفي مرن مع الدراسة الخلوية و النسيجية للغسالة القصيبية و الخزعة القصيبية.
- تم تأكيد التوسع القصبي بالـ CT .
- تم تأكيد السرطان القصبي بالدراسة الخلوية و النسيجية.
- التهاب القصبات المزمن تم تأكيد تشخيصه سريرياً بوجود سعال و تقشع لأكثر من ثلاثة أشهر في السنة ولمدة سنتين متتاليتين على الأقل.
- تم تشخيص التهاب القصبات الحاد بوجود أعراض سريرية تتوافق مع إنتان تنفسي سفلي مع سلبية المعطيات الشعاعية.
- تم تأكيد تشخيص السل الفعال بإيجابية اختبار زيل نيلسون لعينات القشع أو الغسالة القصيبية أو الغسالة المعدية أو بإيجابية الزرع على وسط لوفنشتاين جونسون النوعي [3] .

التحليل الإحصائي:

تم إجراء التحليل الإحصائي للنتائج باستخدام اختبار χ^2 :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

حيث تم حساب t الجدولية مع قيمة t المحسوبة عند مستوى دلالة 0.05، وهذا يعني أن احتمال الخطأ هو 5% واحتمال الدقة (مجال الثقة) هو 95% وذلك عند درجات حرية = n - 1 إذ إن n تمثل حجم العينة المدروسة.

ملاحظة: إن رفض الفرض لا يعني بالضرورة خطأ الفرض إنما قد يتم رفض الفرض لعدم توافر دلائل أو قرائن أو معطيات أو معلومات كافية لقبوله، وبالتالي كانت النتائج حسب المعطيات والأرقام التي نتجت عن العينة العشوائية المأخوذة.

النتائج والمناقشة:

1- توزع المرضى حسب أسباب نفث الدم:

يبين الجدول (1) أن السبب الأكثر شيوعاً لنفث الدم في دراستنا كان التوسع القصي يليه السرطان القصي، يليهما التهاب القصبات الحاد و ذات الرئة ولكن بوصفها أمراضاً إنتانية حادة تشكل مجموعها مع الخراجة الرئوية نسبة مساوية لنسبة التوسع القصي و تزيد عن نسبة السرطان القصي.

كان لدينا (6) مرضى سل رئوي، مريض واحد كان لديه سل دخني فعال، و(5) مرضى كان لديهم سل رئوي عادي، منهم (4) مرضى سل فعال ومريضة واحدة سل قديم متكيف.

أما الاضطرابات الدموية فقد شكلت (6.7%) من الحالات (5 مرضى) توزعت على النحو الآتي: مريضة ابيضاض لمفاوي حاد، مريضة نقص صفيحات مناعي ذاتي و إثنان (مريض ومريضة) كان لدهيما تطاول شديد في زمن البروترومين بسبب تناول مضادات التخثر (الوارفارين).

الأمراض القلبية كانت السبب في (4.9%) من الحالات، منها مريضة تضيق صمام تاجي، مريضة صمة رئوية ومريضي وذمة رئوية (مريض ومريضة).

من بين الأمراض المناعية الذاتية والتي شكلت (4.9%) من مجموع الحالات، كان لدينا (4) مريضات: ذئبة حمامية جهازية (1)، حبيبيوم واغتر (1)، تنادر غودباستشر (2)، حيث تم إثبات التشخيص فيها بالفحوص المناعية. وجد لدينا مريضا تليف رئوة، مريضة كيسة مائية، مريض تشوه وعائي تم تشخيصه بالتصوير الوعائي، مريض حدث لديه نفث الدم بعد استئصال فص رئوي بسبب كيسة مائية.

فضلاً عن مريضي نقائل ورمية إلى الرئة، مريض كان الورم البدئي لديه هو سرطانة غدية من المعدة (Gastric Adenocarcinoma)، ومريضة كان الورم البدئي لديها هو غرن عظمي (Osteosarcoma).

بينما بقي التشخيص مجهولاً لدى (3) مرضى (3.7%)، ولعل هذه النسبة قد تنقص في حال توافر الاستقصاءات النوعية والتي لم تتوافر في مشفانا كالتصوير الطبقي المحوري الحلزوني والتصوير الوعائي و التقريسة الومضانية.

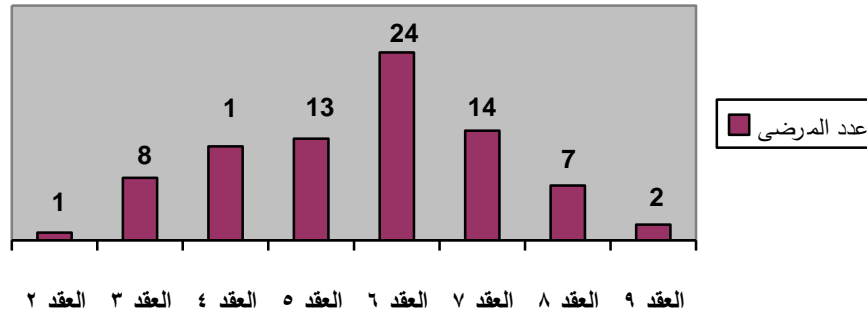
حسب أسباب نفث الدم

19.8	16	توسع قصبي
18.5	15	سرطان قصبي
9.9	8	التهاب قصبات حاد
8.6	7	ذات رئة
7.4	6	سل رئوي
6.7	5	التهاب قصبات مزمن
6.7	5	أمراض دموية
4.9	4	أمراض قلبية
4.9	4	أمراض مناعية ذاتية
3.7	3	مجهول السبب
2.46	2	تليف رئة
2.5	2	نقائل ورمية
1.2	1	خراجة رئوية
1.2	1	كيسة مائية
1.2	1	تشوه وعائي
1.23	1	رضي
% 100	81	المجموع

الجدول(1): توزع المرضى

2- توزع المرضى حسب العمر:

يبين الشكل (1) توزع المرضى في دراستنا حسب العمر. حيث أن (29.6%) من المرضى كانوا في العقد السادس من العمر، (17.3%) في العقد السابع، (16%) في العقد الخامس، (14.8%) في العقد الرابع و (12.3%) في العقد الثاني.



الشكل(1):توزع المرضى حسب العمر

بالتحليل الإحصائي عند مستوى دلالة 0.05 وقيم $p = 3.991$ تبين أنه يتعلق بالسرطان القصي كانت القيمة الجدولية > القيمة المحسوبة وبالتالي نرفض فرض العدم ونقبل الفرض البديل القائل بأنه لا يوجد استقلال بين المرض المسبب لنفث الدم والعمر، أما بالنسبة للتوسع القصي وذات الرئة والتهاب القصبات الحاد والمزمن والسل الرئوي فكانت القيمة الجدولية < القيمة المحسوبة وبالتالي نقبل الفرض العدم القائل بأنه يوجد استقلال بين هذه الأسباب والعمر، علماً أنه تمت دراسة كل مجموعة سببية على حدة.

3- توزع المرضى حسب الجنس:

يبين الجدول (2) توزع المرضى في دراستنا حسب الجنس، حيث كانت النسبة المسيطرة هي من الذكور (48 ذكر، 59.3%)، (33 أنثى، 40.7%)، مع وجود نسبة أعلى من الذكور المصابين بالتوسع القصي والسرطان القصي والتهاب القصبات الحاد مقارنة بنسبتها لدى الإناث. في التهاب القصبات المزمن كانت نسبة الذكور (100%)، بينما كانت نسبة ذات الرئة أعلى عند الإناث (71.4%).

بالدراسة الإحصائية للنتائج عند مستوى دلالة 0.05 وقيم $p = 3.84$ تبين أنه بالنسبة للتوسع القصي والسل الرئوي كانت القيمة الجدولية < القيمة المحسوبة وبالتالي نقبل فرض العدم القائل بأنه يوجد استقلال بين هذين المرضين و الجنس، أما بالنسبة للسرطان القصي وذات الرئة والتهاب القصبات الحاد والمزمن فكانت القيمة الجدولية > القيمة المحسوبة وبالتالي نرفض فرض العدم ونقبل الفرض البديل القائل أنه لا يوجد استقلال بين هذه الأمراض و الجنس، علماً أنه تمت دراسة كل مجموعة سببية على حدة.

ولكن السبب في ذلك هو أن معظم المدخنين كانوا ذكوراً حسب الجدول (5)، وكما نعلم أن التدخين قد يسبب التهاب قصبات مزمن و سرطان قصي و يؤهب لإنتانات الجهاز التنفسي [3] وبالتالي فإن أسباب نفث الدم السابقة غير مرتبطة بالجنس إنما مرتبطة بالتدخين.

الجدول(2): توزع المرضى حسب الجنس

الحالة	العدد	ذكور		إناث	
		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
توسع قصبي	16	13	81.25	3	18.75
سرطان قصبي	15	12	80	3	20
التهاب قصبات حاد	8	5	62.5	3	37.5
ذات رئة	7	2	28.6	5	71.4
سل رئوي	6	4	66.7	2	33.3
التهاب قصبات مزمن	5	5	100	0	0
أمراض دموية	5	1	20	4	80
أمراض قلبية	4	1	25	3	75
أمراض مناعية ذاتية	4	0	0	4	100
مجهول السبب	3	1	33.3	2	66.7
تليف رئة	2	1	50	1	50
نقائل ورمية	2	1	50	1	50
خراجة رئوية	1	1	100	0	0
كيسة مائية	1	0	0	1	100
تشوه وعائي	1	1	100	0	0
رضي	1	0	0	1	100
المجموع	81	48	59.3	33	40.7

4- توزيع المرضى حسب التدخين:

يبين الجدول (3) توزيع المرضى في دراستنا حسب التدخين، تم تصنيف المرضى المدخنين السابقين و الذين كانوا مدخنين لأكثر من خمس سنوات على أنهم مدخنون [3].
معظم المرضى كانوا مدخنين (64.2%) ومعظم المدخنين كانوا ذكوراً (82.7% من المدخنين)، كما أن معظم حالات التوسع القصبي والسرطان القصبي والتهاب القصبات الحاد وكل حالات القصبات الحاد المزمن كانت لدى المدخنين.

بالدراسة الإحصائية للنتائج عند مستوى دلالة 0.05 وقيم $p = 3.84$ تبين أنه فيما يتعلق بالسرطان القصبي والتهاب القصبات المزمن كانت القيمة الجدولية > القيمة المحسوبة وبالتالي نرفض فرض العدم ونقبل الفرض البديل القائل بأنه لا يوجد استقلال بين التدخين و هذين السببين، أما فيما يتعلق بالتوسع القصبي و التهاب القصبات الحاد وذات الرئة والسل الرئوي فكانت القيمة الجدولية < القيمة المحسوبة وبالتالي نقبل فرض العدم القائل بأنه يوجد استقلال بين هذه الأمراض و التدخين، علماً أنه تمت دراسة كل مجموعة سببية على حدة.

الجدول (3): توزيع المرضى حسب التدخين

الحالة	العدد	مدخنون				غير مدخنين			
		ذكور	إناث	المجموع	النسبة%	ذكور	إناث	المجموع	النسبة%
توسع قصبي	16	12	0	12	75	1	3	4	25
سرطان قصبي	15	12	1	13	86.7	0	2	2	13.3
التهاب قصبات حاد	8	4	1	5	62.5	1	2	3	37.5
ذات رئة	7	2	2	4	57.1	0	3	3	42.9
سل رئوي	6	3	1	4	66.7	1	1	2	33.3
التهاب قصبات مزمن	5	5	0	5	100	0	0	0	0
أمراض دموية	5	1	1	2	40	0	3	3	60
أمراض قلبية	4	1	2	3	75	0	1	1	25
أمراض مناعية ذاتية	4	0	0	0	0	0	4	4	100
مجهول السبب	3	1	1	2	66.7	0	1	1	33.3
تليف رئة	2	0	0	0	0	1	1	2	100
نقائل ورمية	2	0	0	0	0	1	1	2	100
خراجة رئوية	1	1	0	1	100	0	0	0	0
كيسة مائية	1	0	0	0	0	1	1	2	100
تشوه وعائي	1	1	0	1	100	0	0	0	0
رضي	1	0	0	0	0	1	1	2	100
المجموع	81	43	9	52	64.2	5	24	29	35.8

5- توزيع المرضى حسب نوع نفث الدم:

تم تقسيم المرضى حسب نوع نفث إلى مجموعتين [4]:

* **نفث دم معزول:** حيث راجع المريض بشكاية نفث دم فقط دون أية أعراض أخرى ودون وجود أية سوابق مرضية سواء تنفسية أم غير تنفسية.

* **نفث دم مترافق:** عندما ترافقت شكاية نفث الدم مع أعراض أو سوابق مرضية أخرى تنفسية أو غير تنفسية. يبين الجدول (4) توزيع المرضى حسب نوع نفث الدم، حيث أظهرت النتائج أن نفث الدم كان عرضاً وحيداً عند (21) مريضاً (25.9%)، كانت النسبة الأكبر من هؤلاء المرضى هم مرضى توسع قصبي (9 مرضى، 56.2%)، ونسبة مقارنة من مرضى السرطان القصبي (8 مرضى، 53.3%)، بينما توزعت بقية أسباب نفث الدم المعزول إلى: سل رئوي عادي (مريض)، كيسة مائية (مريض)، تشوه وعائي (مريض) و مجهول السبب (مريض). بينما كان نفث الدم المعزول بنسبة (17%) في الدراسة التي أجراها د. مصري في مشفانا عام 1997 [5]، وبنسبة (18%) في دراسة بروكارد و بلانشون في مشفى باريس (L'hôpital De Paris)، فرنسا [4].

بالدراسة الإحصائية للنتائج عند مستوى دلالة 0.05 وقيم $p = 3.84$ تبين أن القيمة الجدولية < القيمة المحسوبة وبالتالي نقبل فرض العدم القائل بأنه يوجد استقلال بين نوع نفث الدم و المرض المسبب، ونرفض الفرض البديل والقائل بأنه لا يوجد استقلال بين نوع نفث الدم و المرض المسبب.

الجدول(4): يبين توزيع المرضى حسب نوع نفت الدم

النسبة%	نفت دم مترافق	النسبة%	نفت دم معزول	العدد	الحالة
43.8	7	56.2	9	16	توسع قصبي
46.7	7	53.3	8	15	سرطان قصبي
100	8	0	0	8	التهاب قصبات حاد
100	7	0	0	7	ذات رئة
83.3	5	16.7	1	6	سل رئوي
100	5	0	0	5	التهاب قصبات مزمن
100	5	0	0	5	أمراض دموية
100	4	0	0	4	أمراض قلبية
100	4	0	0	4	أمراض مناعية ذاتية
66.7	2	33.3	1	3	مجهول السبب
100	2	0	0	2	تليف رئة
100	2	0	0	2	نقائل ورمية
100	1	0	0	1	خراجة رئوية
0	0	100	1	1	كيسة مائية
0	0	100	1	1	تشوه وعائي
10	1	0	0	1	رضي
74.1	60	25.9	21	81	المجموع

6- توزيع المرضى حسب شدة نفت الدم:

الجدول(5): يبين توزيع المرضى حسب شدة نفت الدم

شدة نفت الدم والنسبة المئوية					العدد	الحالة	
النسبة%	غزير	النسبة%	معتدل	النسبة%			خفيف
18.8	3	37.5	6	43.8	7	16	توسع قصبي
6.2	1	26.7	4	66.7	10	15	سرطان قصبي
0	0	37.5	3	62.5	5	8	التهاب قصبات حاد
0	0	28.6	2	71.4	5	7	ذات رئة
0	0	33.3	2	66.7	4	6	سل رئوي
20	1	20	1	60	3	5	التهاب قصبات مزمن
0	0	40	2	60	3	5	أمراض دموية
0	0	0	0	100	4	4	أمراض قلبية
50	2	25	1	25	1	4	أمراض مناعية ذاتية
33.3	1	33.3	1	33.3	1	3	مجهول السبب

0	0	0	0	100	2	2	تليف رئئة
50	1	50	1	0	0	2	نقائل ورمية
0	0	0	0	100	1	1	خراجة رئوية
100	1	0	0	0	0	1	كبسة مائية
100	1	0	0	0	0	1	تشوه وعائي
0	0	100	1	0	0	1	رضي
13.6	11	29.6	24	56.8	46	81	المجموع

قد يكون نفث الدم خفيفاً يتظاهر على شكل قشع عادي ممزوج بالدم و قد يكون غزيراً ومهدداً للحياة. يعرف نفث الدم الغزير بأنه تقشع 100 مل من الدم أو أكثر بشكل حاد آني، أو تقشع 300-500 مل أو أكثر خلال 24 ساعة. قد يكون نفث الدم الأقل من السابق مهدداً للحياة أيضاً عند المصابين بمرض رئوي مستبطن أو عند المدنفين ذوي الاحتياطي الفيزيولوجي المحدود، أو عند العاجزين عن تنظيف سبيلهم الهوائي، إن سبب الموت التالي لنفث الدم هو الاختناق غالباً وليس النزف بحد ذاته [1].

تم تصنيف شدة نفث الدم في دراستنا بحسب كمية الدم إلى [6]:

* خفيف: قشع مدمى بشكل خفيف أو خيوط دموية بالقشع.

* معتدل: كمية الدم أقل من 200 مل /24 ساعة (أو 1-2 كأس/يوم).

* غزير : كمية الدم أكثر من 200مل/24ساعة (أو < 2 كأس/يوم) .

يبين الجدول (5) توزع المرضى في دراستنا حسب شدة نفث الدم، حيث كان النسبة الأكبر هي نفث دم خفيف لدى (46) مريضاً (56.8%)، معتدل لدى (24) مريضاً (29.6%) و غزيراً لدى (11) مريضاً (13.6%). بحساب χ^2 عند مستوى دلالة 0.05 وقيم $p = 3.991$ تبين أن القيمة الجدولية < القيمة المحسوبة وبالتالي نقبل فرض العدم القائل بأنه يوجد استقلال بين شدة نفث الدم و المرض المسبب، ونرفض الفرض البديل والقائل بأنه لا يوجد استقلال بين شدة نفث الدم و المرض المسبب.

7- توزع المرضى حسب نتائج الاستقصاءات:

الجدول(6): توزع المرضى حسب نتائج الاستقصاءات

الاستقصاء	العدد المجرى (%)	النتائج الإيجابية (%)
CXR	(100)81	(60.5)49
CT scan	(82.7)67	(77.6)52
Bronchoscopy	(67.9)55	(67.3)37
CT + Bronchoscopy	(64.1)52	(86.5)45

يظهر الجدول (6) إجمالي عدد الـ CXR و الـ CTscan و التنظير القصبي المجرى للمرضى ونسبة إيجابية كل استقصاء، إن مشاركة الـ CTscan مع التنظير القصبي كانت الأكثر فائدة من حيث الكفاءة التشخيصية. 39.5% من المرضى (32مريضاً) كان لديهم CXR طبيعية.

ولكن 42% (17 مريضاً) ممن كان لديهم CXR طبيعية كان لديهم موجودات إيجابية على الـ CT . (48%، 8 مرضى) ممن كان لديهم CXR طبيعية و CT إيجابي كان لديهم: آفات نفاخية ، COPD (الداء الرئوي الساد المزمن) والتهاب قصبات مزمن، و (34%، 6 مرضى) كان لديهم توسع قسبي، و (12%، مريضان) سرطان قسبي، و (6%، مريض) سل رئوي.

هناك مريضان كان لديهما سرطان قسبي مع CXR طبيعية و CT طبيعي، ومريض واحد كان لديه سرطان قسبي مع تنظير قسبي طبيعي، حيث أجري له تنظير منصف وأخذت خزعة من عقدة بلغمية منصفية متضخمة. المدخنون مع CXR طبيعية كان المرجح لديهم وجود توسع قسبي بالـ CT أكثر من المرضى غير المدخنين مع CXR إيجابية، أما المدخنون مع CXR طبيعية كان احتمال وجود السرطان القسبي لديهم أقل مقارنة بالمدخنين مع CXR غير طبيعية.

8- توزيع المرضى حسب النمط النسيجي للسرطان القسبي:

يظهر الجدول (7) نسبة كل نمط من السرطان القسبي في دراستنا وكانت على الترتيب: صغير الخلايا Small cell carcinoma ، شائك الخلايا Squamous cell carcinoma، الغدي Adenocarcinoma.

الجدول(7): توزيع المرضى حسب النمط النسيجي للسرطان القسبي

النسبة %	العدد	النمط النسيجي
60	9	Small cell carcinoma
26.7	4	Squamous cell carcinoma
13.3	2	Adenocarcinoma
100	15	المجموع

أما الجدول (8) فيظهر العلاقة بين السرطان القسبي و عوامل الخطورة كالتدخين و العمر و كذلك العلاقة بين شدة نفاث الدم و النمط النسيجي للسرطان القسبي.

الجدول(8): العلاقة بين السرطان القسبي و التدخين و العمر و شدة نفاث الدم

النمط النسيجي				عدد المرضى	
Adeno	Squamous cell	Small cell	المجموع		
2	4	9	15	عدد المرضى	
1	4	8	13	مدخن	
2	3	9	14	عمر < 40 سنة	
1	3	8	13	مدخن + عمر < 40 سنة	
2	0	8	10	شدة نفاث الدم	
0	3	1	4		خفيف
0	1	0	1		معتدل
				غزير	

نلاحظ من الجدول السابق أن معظم مرضى السرطان القصي كانوا مدخنين مع عمر < 40 سنة، وأن هنالك علاقة وثيقة بين التدخين و السرطانين صغير الخلايا و شائك الخلايا، كما أن نفث الدم كان أكثر غزارة في السرطان شائك الخلايا منه في السرطانين صغير الخلايا و الغدي.

مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية:

1- حسب أسباب نفث الدم:

الجدول(9): مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية حسب أسباب نفث الدم

النسبة المئوية لكل سبب من أسباب نفث الدم في الدراسات العالمية								الحالة
دراستنا 2009	د.مصري 1997	اليونان 2005	الكويت 2001	ماليزيا 2002	المغرب 1992	نيويورك 1992	ساحل العاج 1994	
19.8	5	26.1	21.2	12	15	25	11.2	توسع قصبي
18.5	14	13	9.6	19.1	34	12	4.2	سرطان قصبي
16	5	22.8	5.8	15.7	3.5	5	7.7	التهاب قصبات (حاد ومزمن)
8.6	8	4.3	----	16.9	7	12	13.3	ذات رئة
7.4	30	4.3	32.6	27	19	16	49.3	سل رئوي
3.8	17	5.4	25	----	3	19	----	مجهول السبب
25.9	21	16.9	5.7	10.1	18.5	5	14.3	أخرى
81	100	184	52	107	291	57	142	عدد المرضى

يظهر الجدول (9) مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية من حيث نسبة شيوع كل سبب من أسباب نفث الدم، ونوه هنا إلى أنه تم جمع التهاب القصبات الحاد والمزمن في مجموعة واحدة وذلك لأنه في العديد من الدراسات المذكورة تم تصنيفهما بوصفها مجموعة واحدة.

كان التوسع القصي هو السبب الأكثر شيوعاً في دراستنا، وفي دراسة أجراها ماك غينيس [7] في نيويورك 1992، وفي دراسة ماريا تسوماكيو ومساعدتها [3] في اليونان 2005.

بينما كان السل الرئوي هو السبب الأكثر شيوعاً في دراسة د.مصري [5] التي أجريت في مشفانا 1997، ودراسة د.عبال [8] في الكويت 2001، ودراسة كاترين ميمينغ وونغ ومعاونتها [2] في ماليزيا 2002، ودراسة دوموا ومساعدتها [9] في ساحل العاج 1994.

في دراسة ماك غينيس ومساعدته تمت الإشارة إلى أن المعدل المرتفع من التوسع القصي بوصفه سبباً لنفث الدم يمكن إرجاعه إلى معدل مرتفع لآفات الرئة المليفة المزمنة والتي قد تحدث بعد إصابة سلبية سابقة أو إصابة إنتانية أخرى ولكنه لم يقدم معلومات إحصائية حول ذلك.

بينما كان السرطان القصي هو السبب الأكثر شيوعاً في دراسة د.علاوي [10] في المغرب 1992، وكذلك في دراسة فيدان في تركيا [11] حيث أرجع المؤلفان نتائجهما إلى النسبة العالية للتدخين في هذين البلدين.

أشارت دراسة تسوكاميدو [3] إلى وجود علاقة واضحة بين التوسع القصي ونفث الدم مع سوابق إصابة سلبية.

وبالنظر إلى الجدول (9) نلاحظ أن هناك اختلافاً في أسباب نفث الدم حسب المنطقة الجغرافية [3]. وبالمقارنة بين نتائج دراستنا و نتائج دراسة د. مصري و التي أجريت في مشفانا عام 1997 نلاحظ أن هناك تغييراً في توزع أسباب نفث الدم ونسبة انتشار كل سبب، حيث كانت نسبة التوسع القصي في دراستنا أكبر بكثير منها في دراسة د. مصري، ويمكن أن نعزو ذلك إلى توافر وسائل التشخيص الأكثر سهولة و الأكثر دقة كوجود التصوير الطبقي المحوري حالياً والذي حل محل التصوير القصي الظليل الأكثر رضاً و الأكثر صعوبة، كما يمكن القول بأن هناك دور لوعي المريض في مراجعة الطبيب إثر وجود شكايات تنفسية لديه، فضلاً عن زيادة التفكير بالمرض من قبل الأطباء.

كما نجد تناقصاً مهماً في نسبة السل الرئوي في دراستنا عما كانت عليه في دراسة د. مصري، والسبب في ذلك هو زيادة الوعي الصحي وتحسن مستوى الرعاية الصحية و أساليب الوقاية من العدوى، فضلاً عن الجدية في معالجة و متابعة الحالات المشخصة.

2- حسب كمية نفث الدم و التدخين و الجنس و العمر:

يظهر الجدول (10) مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية حسب كمية نفث الدم و التدخين و الجنس و العمر.

نفث الدم الخفيف الكمية كان أكثر شيوعاً في معظم الدراسات: دراستنا ، د. مصري [5] ، الكويت [8]، والمغرب [10] وأعلى نسبة كانت في المغرب (71.1%)، بينما كانت نسبة نفث الدم المعتدل الكمية هي الأكبر في اليونان [3]، وأعلى نسبة لنفث الدم الغزير كانت في الكويت. كانت نسبة المدخنين أكبر من غير المدخنين في جميع الدراسات ماعدا في الكويت [8] كانت نسبة غير المدخنين أعلى من المدخنين، وكانت أعلى نسبة للمدخنين في اليونان [3] (79%). أقل نسبة للذكور هي في دراستنا (59.3%) وأعلى نسبة كانت في الكويت [8] (80.8%).

الجدول (10): مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية حسب كمية نفث الدم و العمر و التدخين و الجنس

النسبة المئوية					الحالة
المغرب 1992	الكويت 2001	اليونان 2005	د. مصري 1997	دراستنا 2009	
71.1	38.5	39	48	56.8	خفيف
26.8	30.7	56	47	29.6	معتدل
2.1	30.8	5	5	13.6	غزير
67.4	61.5	79	48	64.2	مدخنون
69.4	80.8	74.5	67	59.3	ذكور
متوسط العمر 46 سنة	51 سنة	56 سنة	45 سنة	53 سنة	

2- حسب نتائج الاستقصاءات:

الجدول(11): مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية حسب نتائج الاستقصاءات

نسبة الإيجابية%					الاستقصاء
ماليزيا	الكويت	اليونان	د.مصري	دراستنا	
2002	2001	2005	1997	2009	
82	82.7	43	58	60.5	CXR
57.8	67.2	77	72.7	77.6	CT scan
37.9	26.9	46	84	67.3	Bronchoscopy
65.5	-----	84	-----	86.5	CT + Bronchoscopy

يظهر الجدول (11) مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية حسب نتائج الاستقصاءات. نلاحظ وجود تفاوت في نسبة إيجابية الـ CXR والتنظير القصبي بين مختلف الدراسات، في حين أن هناك تقارباً نسبياً في نسبة إيجابية الـ CT. وجميع الدراسات أظهرت أن الكفاءة التشخيصية عند مشاركة الـ CT مع التنظير القصبي تكون أعلى منه فيما لو أجري كل منهما لوحده.

4- حسب النمط النسيجي للسرطان القصبي:

الجدول(12): مقارنة نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات العالمية حسب النمط النسيجي للسرطان القصبي

النسبة المئوية		النمط النسيجي
اليونان	دراستنا	
46	60	Small cell carcinoma
27	26.7	Squamous cell carcinoma
23	13.3	Adenocarcinoma

يتبين من الجدول(12) التشابه في توزيع الأنماط النسيجية للسرطان القصبي بين دراستنا و الدراسة المجراة في اليونان[3]، لكن نسبة السرطان صغير الخلايا في دراستنا كانت أعلى، مع نسبة مقارنة من السرطان شاتك الخلايا ونسبة أقل من السرطان الغدي.

الاستنتاجات والتوصيات:

أظهرت الدراسة أن التوسع القصبي كان السبب الأول لنفث الدم وهذا يتماشى مع الدراسات العالمية، يتبعه السرطان القصبي والتهاب القصبات الحاد ثم ذوات الرئة فالسل الرئوي فالتهاب القصبات المزمن. في دراستنا كانت جميع هذه الأسباب أكثر شيوعاً عند المدخنين منه عند غير المدخنين. معظم مرضى هذه الدراسة كانوا ذكوراً مدخنين، والتدخين قد يسبب التهاب قصبات مزمن وسرطان قصبي ويؤهب لإنتانات الجهاز التنفسي، (86.7%) من مرضى السرطان القصبي في دراستنا كانوا مدخنين.

إن المقارنة التشخيصية والتدبيرية لنفث الدم تتطلب القبول في المشفى وتبدأ عادة بإجراء CXR ونتابع المقارنة بال CT والتنظير القصبي الذي كان مفيداً في تحديد موقع النزف والمعاينة البصرية للآفات ضمن القصبات لأخذ خزع لدراسات لاحقة.

قد تكون CXR كافية في التقييم المبدئي لغير المدخنين مع نفث دم خفيف ولكن غير المدخنين مع نفث دم معتدل أو غزير يجب استقصاؤهم بال CT.

كان التوسع القصبي أكثر شيوعاً عند المدخنين مع نفث دم متوسط و CXR طبيعية، بينما كان السرطان القصبي أكثر شيوعاً عند المدخنين مع نفث دم خفيف و CXR غير طبيعية.

معظم الدراسات حول أسباب نفث الدم كانت دراسات راجعة والتي شملت مرضى أميركان وأفارقة وآسيويين وأظهرت هذه الدراسات اختلافاً في أسباب نفث الدم حسب المنطقة الجغرافية [3].

أشارت دراستنا إلى أن وجود سرطان قصبي مع CT طبيعي أو تنظير قصبي طبيعي هو أمر نادر وهذا يتماشى مع نتائج الدراسات الأخرى، ولكن وعلى الرغم من ذلك فإنه يتوجب علينا أن نقوم بجميع الإجراءات اللازمة لتشخيص السرطان القصبي لضمان وضع التشخيص، لهذا السبب نوافق الآخرين على أن التنظير القصبي يجب أن يكون متضمناً في المقارنة الأولية للمرضى المدخنين بعمر < 40 سنة مع نفث دم لكونهم مجموعة عالية الخطورة لحدوث السرطان القصبي.

أما فيما يتعلق بغير المدخنين فيمكن اعتماد مقارنة تشخيصية متعددة المراحل.

بناء على كل ما سبق يمكن أن نقترح:

1- مقارنة المرضى غير المدخنين مع نفث دم على مراحل متعددة تتضمن التصوير الطبقي المحوري للصدر في التقييم الأولي بحال وجود نفث دم متوسط أو شديد أو بوجود إصابة سلية سابقة مع ضرورة المتابعة لاحقاً بالتنظير القصبي إن لزم الأمر.

2- بسبب وجود خطورة أعلى لحدوث السرطان القصبي فإن المرضى المدخنين مع نفث دم يجب استقصاؤهم باستخدام التصوير الطبقي المحوري للصدر و تنظير القصبات معاً.

المراجع:

1. الطب الإسعافي الباطني. الطبعة العربية الثالثة، دار القدس للعلوم، دمشق_سوريا، 2004، 800.
2. WONG, C. M. *The Causes of Haemoptysis in Malaysian patients Aged Over 60 And The Diagnostic Yield of Different Investigation.* *Respirology Malaysia*, 8, 2003, 65-68.

3. SIAFAKAS, N. M. *A Prospective Analysis of 184 Cases – Diagnostic Impact of Chest X-Ray, computed Tomography, Bronchoscopy.* Respiration Greece, 73, 2006, 808-814.
4. BROCARD, H.; BLANCHON, F. *Etiology of Hemoptysis.* Rev Pneumol Clin France, 54, 1978, 8-24. <www.pubmed.com/PMID:213834>
5. مصري، عبد الكريم. *دراسة مقارنة لأهم أسباب النفث الدموي، رسالة ماجستير بإشراف د.مالك حجازية، جامعة تشرين، 1997، 43-64.*
6. JACOB, L. B.; ROBERT, W. P. *Hemoptysis: Diagnosis and Management.* American Family Physician U.S.A, Vol. 72, N^o.7, 2005, 1253-1260.<www.aafp.org/afp>
7. MCGUINNESS, G.; BEACHER, J. R.; HARKIN, T. J. *Hemoptysis:prospective high-resolution CT/bronchoscopic correlation.* Chest U.S.A, Vol. 105, N^o.11, 1994, 55-62.
8. ABAL, A. T. *Hemoptysis: Aetiology, Evaluation And Outcome A Prospective Study In Third-world Country.* Respiratory Medicine, Vol. 1053, N^o.10, 2001, 548-552. <www.idealibrary.com>
9. DOMOUA, K. N.; COULIHALY, G. *Hemoptysis: main etiologies observed in a pneumology department in Africa.* Rev Pneumol Clin Ivory Coast, 50, 1994, 59-62. <www.pubmed.com/PMID:7839050>
10. ALAOU, A. Y.; BARIAL, M.; BOUTAHIRI, A. *Clinical characteristics and etiology in hemoptysis in a pneumology service: 291cases.* Rev Mai Respir Maroc, 9, 1992, 295-300. <www.pubmed.com/PMID:1615202>
11. FIDAN, A.; OZDOGAN, S. *Hemoptysis: A Rerospective Analysis of 108 Cases.* Respir Med Turkey, 96, 2002, 677-680.