

أعراض وتشخيص ج1

استجواب المريض

الهدف من الاستجواب:

- التفصيل في الأعراض والشكوى لدى المريض للحصول على المعلومات التي توصل للعديد من التشخيصات التفريقية .
- لمعرفة التشخيص الصحيح يجب على الأسئلة أن تكون هادفة وموجهة .
- يتضمن الاستجواب عدة محاور وهي :
 - معلومات أساسية عن المريض.
 - السوابق المرضية .
 - الشكوى الرئيسية .
 - القصة المرضية .
 - باقي الأجهزة .

مقاربة المريض الهضمي

جامعة دمشق
Damascus University

معلومات المريض

- الاسم
- الجنس
- العمر
- المهنة
- الحالة الاجتماعية
- السكن
- العادات: التدخين، الكحول

السوابق المرضية

- السوابق الطبية
- السوابق الجراحية
- السوابق الدوائية
- السوابق العائلية

السوابق الطبية

- هي الامراض التي أصيب بها المريض
- امثلة:
- مريض جاء بإسهال حاد، عند سؤاله عن سوابقه الطبية أخبرنا أنه مصاب بمرض السكري، معرفة أنه مصاب بالسكري يوجهنا لمعرفة السبب، إذ أنه لديه تكاثر جرثومي بالأمعاء، واعتلال أعصاب سكري أدى لارتخاء الأمعاء والإصابة بالإسهال
- مريضة جاءت بنزف هضمي سفلي، عند سؤالها عن سوابقها المرضية أخبرتنا أنها أجرت علاج شعاعي لسرطان عنق الرحم، فنتوجه لالتهاب مستقيم شعاعي

السوابق الجراحية

- العمليات الجراحية التي أجريت للمريض سابقا
- امثلة
- أجرى مريض عدة عمليات جراحية، مما أدى لالتصاقات بريتوانية، والتي تؤدي إلى التفاف لأمعاء عليها وحدوث انسدادات في الأمعاء، يتظاهر هذا بألم في البطن ويسمى تناذرتحت انسدادى.

الادوية

- مريض كبير بالسن لديه إمساك حديث، إن لم نسأله عما يتناول من أدوية (سعلة، ضغط، مهدئات، سكري)، سيوجهنا هذا العرض إلى سرطان الكولون .
- ☐ مريض لديه التهاب قصبات أخذ صاد حيوي، وحصل لديه إسهال فنجد أنه إسهال صادات حيوية الدواء سبب هذا الإسهال، فالإسهال سيتوقف إذا أوقفنا الدواء.
- ☐ مريض أخذ مضاد التهاب غيرستيرويدي (أسبيرين مثلاً) فأصبح لديه تناذر قرحي فهي قرحة دوائية .
- ملىّنات سببت إسهال

الشكوى الرئيسية

• هي العرض الأساسي الذي دفع المريض لمراجعة الطبيب

القصة المرضية

- القصة المرضية هي توصيف دقيق للأعراض التي يشكو منها المريض متضمناً ذلك الشكوى الرئيسية والأعراض المرافقة .
- مثلاً الشكوى الرئيسية كانت ألماً بطني فيتم سؤال المريض عن: شكله، مكانه، انتشاراته، شدته، زمنه، تردده، مح رّضاته، مسكناته وأخيراً الأعراض المرافقة

أهم الأعراض الهضمية

- اضطرابات الشهية
- رائحة الفم الكريهة
- جفاف الفم
- الفواق
- عسرة البلع
- الغثيان والإقياء
- اللذع الحرقرة
- انتفاخ وتطبّل البطن
- الاسهال والامساك

اضطرابات الشهية

- القهم : قد يكون شاملا لجميع الأطعمة أو انتقائيا
- الأسباب :

- 1- القهم العصبي النفسي وهو الاشيع
- 2- اضطرابات هضمية: سرطانات , قرحة هضمية
- 3- أسباب انتانية او أمراض مزمنة : كالسل, داء كرون

النهم

- فرط الشهية للطعام
- الأسباب:
- 1- عصبي نفسي: يشعر الشخص عندما يأكل بالأمان والسعادة عندما يأكل ويتجلى ذلك بوضوح في حالات الكرب والشدة والضغط النفسي.
- 2- الداء السكري:
- نتيجة حاجة الخلايا للطاقة، ويترافق مع العطش وجفاف الفم.
- في بعض الأحيان يكون كرد فعل للحمية فيزداد تناول المريض للحلويات .
- يأكل المريض كثيراً وغالباً لا يزداد وزنه، إلا في حال إصابته بالسكري من النمط الثاني
- 3- السممة العائلية

ملاحظة

- إذا كانت شهية المريض طبيعية ولكنها مترافقة مع نقص وزن غير مبرر، فيكون سببها:
 - إما فرط نشاط درق .
 - أو الداء السكريّ.
 - أو سوء امتصاص وسوء هضم

رائحة الفم الكريهة

- مشاكل بالفم
- اضطرابات هضمية: مثل قصور الخلية الكبدية, انسداد الأمعاء وسرطانات الأمعاء, سرطان المعدة\
- أسباب رئوية: خراجات قصبية, انتانات قصبية وتوسع قصبات
- أسباب استقلابية: الداء السكري (رائحة الأسيتون), الانسمام اليوريميائي (رائحة السمك)
- أسباب أخرى: تدخين, كحولية

جفاف الفم

- الأدوية: أهم سبب:
- ✓ كمضادات الكولين: التي تؤثر على الأعصاب والعضلات، وتسبب جفاف شديد ومرار في الفم.
- ✓ مضادات التشنج: المستخدمة لتسكين الآلام البطنية، تسبب نقصاً في إفراز اللعاب.
- أمراض الغدد اللعابية: عدم إفراز كميات كافية من اللعاب.
- التنفس من الفم أو النوم والفم مفتوح.
- التجفاف: نتيجة الإسهال الشديد أو التهاب البنكرياس الحاد الذي يسبب نزح للسوائل ضمن البطن.

الفواق

- تشنجات بالحجاب الحاجز يحدث بشكل عابر او يكون مزمن
- الأسباب :
- تخريش الحجاب الحاجز مباشرة : خراجات كبدية طحالية , رئوية , تخريش البريتوان (اورام او التهاب بريتوان)
- تخريش عصبي وهو الأشيع : تبريد المعدة , أورام تخرش عصب الحجاب الحاجز
- إصابات عصبية مركزية : الأورام , التهابات السحايا , الانسمام اليوريميائي والاعتلال الدماغي الكبدي والحماض السكري

عسرة البلع

- عسرة البلع هي عَرَض هام جداً، تتمثل بانزعاج في عملية البلع ناتج عن صعوبة في إفراغ
- الطعام إلى البلعوم نتيجة وجود إصابة بلعومية، أو إلى المريء بسبب وجود عائق أو إصابة
- حركية أو توقف اللقمة الطعامية داخل المريء.
- الأسباب:
- ميكانيكية سادة: عوائق داخل المريء (أورام، التهابات، تضيقات) أو خارج المريء (أورام المنصف والرئة والتأمور، الدرق)
- حركية : أكالازيا، تشنج المريء
- أمراض جهازية: صلابة الجلد، اعتلال الأعصاب السكري، الوهن العضلي الوخيم

الغثيان والإقياء

- الآلية الفيزيولوجية المرضية للإقياء
- ☐ توجد مستقبلات حسية على طول :
 - الأنبوب الهضمي .
 - في البريتوان .
 - الجهاز الدهليزي في الأذن الداخلية .
- ☐ يؤدي تنبيهها إلى تشكيل سيالة عصبية تتجه إلى مركز الإقياء في قاع لبطين الرابع في الدماغ.
- ☐ تنبيه مركز الإقياء يحرض توليد أمر حركي ينتقل إلى عضلات جدار البطن والحجاب الحاجز فيحثها على التقلص .
- ☐ فتقوم هذه العضلات بالضغط على المعدة وإخراج محتوياتها عبر المريء، أي حدوث الإقياء.

الغثيان والاقياء

- مما سبق نستنتج أن مركز الإقياء يتنبه بطريقتين :
 - 1. التنبيه غير المباشر:
 - سببه أي تخريش لمستقبلات البريتوان (// بسبب التهاب الزائدة أو التهاب ملحقات نسائية أو الحمل أو القولنج الصفراوي أو حصيات كلوية) // أو أنبوب الهضم أو الإصابات الأذنية للدهليز.
 - أو انسداد في أنبوب الهضم.
 - 2. التنبيه المباشر:
 - سببه أورام داخل الدماغ تؤدي إلى إقياءات نافوريّة شديدة لأنها تحرّض مركز الإقياء مباشرة، أو
 - أمراض عصبية كالشقيقة (صداع شديد وبعده إقياء)، أو التهاب السحايا

الغثيان والاقياء

- الإقياء :هو إخراج محتوى المعدة من الطعام عبر المريء ثم الفم إلى الخارج، غالباً ما يكون مصحوباً أو مسبوقاً أو يحلّ محله الشعور بالغثيان .
- الغثيان :الشعور برغبة الإقياء في الحلق أو الشرسوف ولكن دون خروج شيء .
- الأسباب:
- عصبية: فرط توتر داخل القحف, أورام الدماغ, التهابات السحايا والدماغ, الشقيقة.
- نسائية: الحمل, التهاب الملتحقات
- أذنية: دوار دهلزي
- دوائية : ديجوكسين, مثبطات المناعة
- كلوية: انتانات شديدة تخرش البريتوان, حصيات, قصور كلوي
- نفسية

الحرقة خلف القص

- شعور لاذع بحرقة أو نخز خلف القص بعد فترة من تناول الطعام غالباً، ويزداد عند الانحناء للأمام أو الاستلقاء .
- السبب: رجوع محتويات المعدة الحامضية إلى المريء غير المهيأ لاستقبال هذه الحموضة مما يؤدي لحدوث تهيجات والتهابات يمكن أن تتطور بعضها إلى أورام
- الأسباب:
- الفتق المعدي الحجابي الانزلاقي
- اضطرابات الوصل المعدي المريئي
- اضطراب حركية المريء والمعدة

انتفاخ وتطبل البطن

- يشكّل 60 - 70% من الشكاوى الهضمية وهو رقم كبير جداً في الطب.
- أشيع سبب هضمي للمراجعة في العيادات الخارجية
- التعريف:
- تمدد المعدة أو الأمعاء أو الكولون بالغازات أي سوء بتوزع الغازات. ينتج عن عسرة هضم علوية سبب معدي أو تشنج كولون في الغالب.



- تمدد المعدة بالغازات:
- يتظاهر بنفخة:
- ✓ شرسوفية.
- ✓ تترافق مع تجشؤ بعد الطعام مباشرة.
- ✓ وتحسن بالتجشؤ.
- • تحدث بسبب:
- . اضطرابات وظيفية: تشكل معظم الحالات المعدية، كما في اضطراب حركية المعدة (عسرة هضم علوية
- . اضطرابات عضوية: تشكل نسبة قليلة من الحالات، غالباً تكون حديثة الظهور، مثال: التهابات، قرحات، سرطانات.



- تمدد الكولون بالغازات:
- نفخة معممة ممكن أن تكون شرسوفية (تترافق بإخراج الغازات الشرجية أو بالتغوط، تتحسن بإخراج الغازات، وتحدث بسبب:
• اضطرابات وظيفية: تشكل معظم الحالات المعوية، كما في اضطراب حركية الكولون (تناذر الأمعاء الهیوجة)
- اضطرابات عضوية: نسبة قليلة، غالباً تكون حديثة الظهور، مثل السرطانات والالتهابات.

الاسهال

- هوزيادة سرعة مرور الطعام في أنبوب الهضم لأي سبب كان، مما يؤدي إلى :
- إفراغ متكرر لبراز قليل الكمية كثير السيولة.
- أو إفراغ حجم كبير مرة واحدة غالباً من براز لين .
- . **أمعاء سريعة / قولون سريع:**
- لا يمتص الماء في القولون بسبب زيادة سرعة المرور فيه .
- مما يعطي إفراغ متكرر عشرات مرات باليوم تقريبا (كثير السيولة)
- **أمعاء سريعة / قولون طبيعي:**
- يمر الطعام في الأمعاء بسرعة بسبب سوء الامتصاص مثلا (، أو إصابة بنكرياس) التهاب بنكرياس حاد .
- في حين يمتص القولون ما يستطيع من الماء وبالتالي يكون البراز ليناً وكبير الحجم وكريه الرائحة .
- الإفراغ يكون مرة واحدة غالباً لدى مريض لديه سوء امتصاص
- **عدد مرات الخروج + قوام البراز نسبة للحالة المعتادة عند الشخص**

الحاد

- صفاته: بداية حادة .
- استمراره: عدة ساعات، عدة أيام .
- خطورته: تكمن بحدوث نقص تميه لدى المريض، لذلك نقوم في هذه الحالة بتعويض السوائل المفقودة لدى المريض، وخاصةً عند الصغار وكبار السن .
- البراز: غالباً سائل .
- إنتانية : بسبب إصابة جرثومية أو الإصابة بالحمات الراشحة، أو بالطّفيليات .
- ☐ شدة نفسية : كالخوف طالب لديه امتحان، شخص يركب الطائرة للمرة الأولى.
- ☐ دوائية: الصادات الحيوية , الملينات

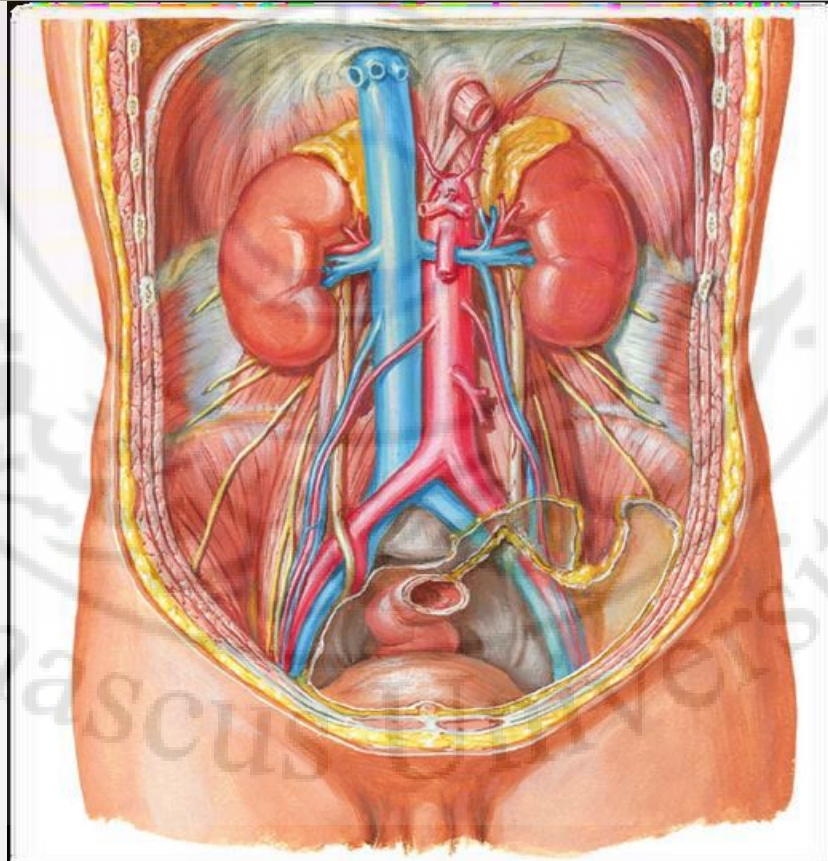
المزمن

- استمراره: عدة أسابيع، عدة أشهر.
- الإسهال المزمن المستمر قد يتقطع مع إمساك أو حالات براز طبيعي، ثم يعود لحالة الإسهال.
- الأسباب:
- حركية،،،،، معوية،،،،، كولونية (سوء امتصاص، التهاب الكولون القرحي، داء كرون...)

الامساك

- الأسباب
- عصبية: الشلل, إصابة أعصاب الأمعاء, أورام الدماغ
- اضطرابات الشوارد: نقص البوتاسيوم. ارتفاع الكالسيوم
- غدية: قصور الدرق, فرط نشاط جارات الدرق
- الادوية: مركبات الحديد, المسكنات, بعض ادوية الضغط, املاح الالمنيوم, مضادات التشنج
- أسباب اخرى: الحمل, المكوث الطويل في السرير, التصاقات بالبطن
- أسباب هضمية: أورام الكولون, البواسير والشقوق الشرجية
- أولية: وهي الأشيع حيث تشكل 90% من الحالات، وتكون عند النساء غالباً. تحدث نتيجة حبس الغائط لفترة طويلة عن طريق تثبيط منعكس التغوط بشكل إرادي مما يسبب ضعفاً في منعكس التغوط مسبباً الإمساك.

الجهاز البولي



السوابق المرضية الكلوية

- يجب أن نسأل المريض فيما إذا كان قد تعرض لإنتانات بولية متكررة، أو حصيات، أو عمليات جراحية في منطقة البطن أو الحوض (كاستئصال ورم غدي في البروستات أو غيرها).
- قد يذكر المريض قصة إصابة سابقة بالبيلة البروتينية أو الدموية.
- الخزعة الكلوية: لا يتم تشخيص نوع التهاب الكبد والكلية بدقة من دونها، فقد يذكر المريض ذلك بدقة إذا أُجريَ له.
- الضغط الشرياني: من المهم أن نسأل المريض عن قصة ضغط شرياني لديه حيث قد يكون ارتفاعه سبباً للقصور الكلوي، كما قد يكون عرضاً من أعراض القصور الكلوي أيضاً.
- سلس بولي في الطفولة: نتحرى أيضاً عن ذلك، لأن بقاء السلس بعد عمر 3 سنوات قد تترافق في بعض الحالات مع جزر مثاني حالي (عود البول من المثانة عبر الحالب إلى الكلية).
- من الضروري السؤال عن الإصابة بالسكري (فإن للسكري آثار سلبية على وظيفة الكلية).

السوابق الدوائية والعلاجية

- نسأل المريض عن الأدوية التي سبق واستعملها أو أنه ما يزال يتناولها، وخاصةً الكورتيزون ومثبطات المناعة ونسأل عن مقاديرها .
- يجب أن نعرف أيضاً الأدوية التي تسبب للمريض فرط حساسية ، والأدوية التي يستخدمها حالياً لعلاج ارتفاع التوتر الشرياني .
- هناك الكثير من الأدوية التي تؤذي الكلية ولذلك يجب على مريض القصور الكلوي تجنبها، أهمها :
 - الصادات الحيوية : **Antibiotics** مثل تتراسيكلين **Tetracyclin** ، جنتاميسين
 - **Gentamicin** ، أميكاسين . **Amikacin**
 - مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية: (مثل البروفين) , المسكنات.

السوابق العائلية

- من الهام جداً أخذ القصة العائلية لمريض الكلية، حيث تنتقل بعض الآفات الكلوية بالوراثة .
- ☐ الكلية عديدة الكيسات :وهي مرض ينتقل وراثياً بشكل جسي قاهر ويجب أن ننوه هنا إلى خطر زواج الأقارب الذي يزيد من تواتر هذه الحالة .
- • كما يجب السؤال عن قصة سكري أو صداع أو ارتفاع توتر شرياني عند عائلة المريض، حيث يكون أحد أسباب ارتفاع الضغط الشرياني هو الكلية .
- ☐ ارتفاع التوتر الشرياني في منتصف العمر (بعمر 30 - 50 سنة) يكون وراثي .
- • إنَّ نقص السمع المترافق مع أذيات كلوية (قصور كلوي) يشير إلى الإصابة بتناذر ألبورت) وهو نوع من التهاب الكبد والكلية الوراثي، ويتطور عادةً في عمر 20 - 25 سنة

أهم الشكايات البولية

1. الأعراض العامة للأمراض البولية: إنّ أشيع الأعراض التي يراجع من أجلها المريض :
2. التبدُّل في مظهر البول.
3. أعراض تخزينية .
4. التبدلات في حجم البول .
5. السلس البولي .
6. القولنج الكلوي .
7. ضعف الرشق البولي عند الذكور .
8. الألم فوق العانة أو في إحدى الخاصرتين، بالإضافة إلى أي اضطراب بعملية التبول

تبدلات لون البول

- اللون الأحمر:
 - بيلة دموية
 - ادوية: ريفامبيسين
 - أغذية: الشمندر
 - بيلة الخضاب: انحلال الدم
 - بيلة الميوغلوبين: الهرس العضلي
 - امراض جهازية: البورفيريا
- اللون البني: (الشاي) ارتفاع البيليروبين الناجم عن امراض الكبد والطرق الصفراوية

اعراض تخزينية

- تشمل هذه الأعراض :

التواتر:

- زيادة في عدد مرات التبول دون حدوث زيادة في حجم البول الكلي حجم بول 24 ساعة طبيعي لكن كمية البول قليلة في كل مرة يتبول فيها المريض. تحدث بسبب إنتان في المثانة .
- **الإلحاح** : حاجة شديدة ومفاجئة للتبول .
- **البوال الليلي** : الاستيقاظ للتبول أكثر من مرتين في الليل؛ فالمثانة الطبيعية تنام ليلا ، لذلك طبيعي ألا يجب أن يستيقظ الشخص من نومه بداعي التبول
- ترافق هذه الأعراض مشاكل الطرق البولية السفلية (المثانة، البروستات، الإحليل) من التهاب أو ورم أو حصية أو تضخم بروتات، فيعاني المريض مثلاً من أنه يبول كل 10 دقائق لكنّه لا يبول إلا بضعة قطرات في كل مرة .

التبدلات بحجم البول

- يبلغ حجم البول الطبيعي حوالي (1.5 – 2) ليتر في اليوم .
- لا يتحدد حجم البول إلا بجمع بول 24 ساعة، وهو استقصاء يقوم فيه المريض بجمع بوله كاملاً في كل مرة يتبول فيها المريض لمدة 24 ساعة
- أقل من 400 مل/يوم:
- الحالة: نحن أمام حالة تسمى شح بول . **Oliguria**
- السبب: قد يكون السبب إما تجفاف، أو قصور كلوي حاد، أو انسداد بالطرق التي تلي المثانة

• 2 . أكثر من (4.8 - 5 ليتر/يوم أي 200 مل/ساعة :

• الحالة: يعتبر ذلك بوال . Polyuria

■ أسباب البوال

- السكري .
- الأدوية المدرة للبول
- نقص الألدوستيرون (داء أديسون) .
- البيلة التفهة النخامية □ : ADH يكون حجم البول 12 - 13 لتر تقريباً .
- البيلة التفهة الكلوية (مشكلة بمستقبلات ADH) يكون حجم البول 8 لتر تقريباً .
- يمكن أن يحدث البوال بسبب مشكلة نفسية يزداد فيها العطش : يكون فيها حجم البول أكثر من الكلوية والنخامية (يمكن أن يصل إلى 20 لتر

- أقل من 50 مل/يوم:

- **الحالة:** يعتبر ذلك انقطاع بول . **Anuria**

- **السبب:** عند وجود هذا العرض نكون أمام أحد مشكلتين:

- **قصور كلوي حاد : Acute Renal Failure**

- □ وهي مشكلة خطيرة قد تستدعي غسيل الكلية **Dialysis** عدة مرات . ويجب في هذه الحالة الانتقال للتحري عن سبب حدوث القصور الكلوي الحاد . قد يؤدي القصور الكلوي إلى وذمة رئة وبالتالي الموت .

- **انسداد أسربولي : Obstruction**

- هي مشكلة أبسط من المشكلة السابقة فالكليتان سليمتان .

- □ أسباب الأسربولي:

- • تضخم البروستات عند الذكور .

- • مشكلة في الإحليل)كمشاكل دسامات الإحليل أو تضيق في الإحليل...

- • هبوط تناسلي .

- • حصية .



- للتمييز بين أسباب انقطاع البول :
- نميز بين انقطاع البول بسبب القصور الكلوي الحاد أو بسبب الانسداد البولي عن طريق وضعية المثانة عبر الإيكو أو القرع أو الجس :
- ☐ المثانة فارغة ☐ الكليتان لا تشكلان البول ☐ قصور كلوي.
- ☐ المثانة ممتلئة (كرة مثانية) ☐ يتم تشكيل البول ولكن لا يتم إفراغه ☐ انسداد.

السلس البولي

- يقصد به عدم القدرة على الاحتفاظ بالبول داخل المثانة، تحدث عند مرضى السكري أو المصابين بمرضوض النخاع الشوكي
- أسباب سلس البول الدائم:
- أسباب عصبية: رضوض النخاع الشوكي، الشوك المشقوق، المثانة العصبية
- انسداد الإحليل : يُشاهد هذا بشكلٍ خاص عند الرجال بسبب ضخامة البروستات. ويتصف بتنقيط بول لا إرادي بعد الإفراغ الكامل للمثانة

• السلس الإجهادي :

- وهو عدم الاستمساك البولي التالي للشدة، ويتزامن مع امتلاء المثانة . كما يحصل عند الضحك أو السعال، أي بعد ازدياد الضغط داخل البطن بشكل أساسي عند النساء، وسببه ضعف في مصرة الإحليل الباطنة نتيجة الحمل والولادات.

• سلس البول الليلي :

- ■ وهو أقل خطراً من الدائم، ويشاهد عند الأطفال بشكل طبيعي حتى عمر 5 سنوات، فلا يعتبر مشكلة، ويشاهد بشكل نادر جداً عند الكبار.

• ■ أسبابه:

- استعداد وراثي
- أسباب نفسية (غيرة الطفل من الأخ الصغير مثلاً)
- ■ يُعالج بالأدوية التي تزيد من حساسية المثانة

• سلس البول العرضي العابر:

• يحدث نتيجة :

- ☐ الإصابة بإنتان بولي .
- ☐ استعمال المدرّات .
- ☐ عدم القدرة على الحركة (المريض لا يستطيع قضاء حاجته).
- ☐ الإصابة بالتهاب الإحليل

• السلس الإلحاحي :

- تكون تقلصات المثانة أقوى من المقاومة الطبيعية للإحليل .
- يترافق مع الإلحاح والتواتر
- يحدث نتيجة وجود التهاب، ورم أو جسم أجنبي في المثانة □ زيادة في نشاط أو حساسية المثانة



• السلس الوظيفي :

- يحدث بسبب عدم القدرة على الوصول للحمام لأسباب صحية (شخص مُقعد) أو أسباب أخرى كطفل يلتهى باللعب ويحبس بوله لفترة طويلة فيحدث لديه سلس ، وهذه الحالة غير خطيرة نهائياً

القولنج الكلوي

- القولنج الكلوي هو ألم شديد يبدأ بالخاصرة وينتشر نحو العانة والأعضاء التناسلية والعجان، ويعد من أصعب أنواع الآلام ويحتاج إلى مسكنات .

سببه :

- ☐ ينتج عن انسداد الحالب بالحصيات الكلوية (والتي تنتج عن نقص السوائل)، حيث تتوقف الحصاة في الحالب إذا كان قطرها أكبر من 5 مم.
- ☐ يؤدي هذا الانسداد إلى ارتفاع الضغط المائي في الحويضة، ويحدث شداً مفاجئاً على محفظة الكلية مسبباً ألماً شديداً .
- وقد يكون سبب الألم الكلوي الإنتانات أو الالتهابات التي تصيب الكلية.
- العلاج: إذا كانت الحصى صغيرة تعالج بالأدوية كمضادات الوذمة وموسعات الحالب، أما إذا كانت كبيرة يتم تفتيتها.

الرشق البولي

- ☐ هو القوة التي يطرح الشخص بها البول، والمسؤول عنها بشكل رئيسي عضلات المثانة.
- ☐ يكون تدفق البول بشكل قطع ناقص طبيعياً، وتلاحظ عند الأطفال بشكل أقوى من البالغين.
- ☐ يوجد أجهزة تقيس قوة الرشق البولي، وفي حال وجود ضعف في الرشق يشير إما إلى
- تضخم البروستات.
- أو تضيق في الإحليل.
- أو مشكلة في عضلات المثانة.

القصور الكلوي

- هو فشل الكلية في تنقية الدم من الفضلات، وهو ليس مرضاً بحد ذاته وإنما هو نهاية المطاف للعديد من الأمراض التي تصيب الكلية .
- ❖ بما أنّ القصور الكلوي هو عبارة عن فشل الكلية في أداء وظيفتها، فإنّ تحديد الوظيفة الكلوية يشكّل مقياساً لمدى تطور وتقدم القصور الكلوي.
- ❖ إنّ تحديد الوظيفة الكلوية يكون بقياس معدل الرشح الكببي **GFR** (**Filtration Rate Glomerular**)، والذي يكون طبيعياً بين 90 و 100 مل/د (120 مل/د حسب المراجع) وكلّما انخفض هذا المعدل كان القصور أشدّ

القصور الكلوي

- تتضمن الأعراض العامة التي يعاني منها مريض القصور الكلوي المزمن :
 - ☐ الوذمات، النعاس، التعب.
 - ☐ نقص شهية، إمساك، غثيان، قرحة هضمية، الفواق، إقياءات .
 - ☐ الكدمات، الكسور الرضية، زيادة عدد مرات التبول، الحكة الجلدية، الآلام العظمية .
 - ☐ أعراض نقص التروية القلبية، أعراض التهاب التامور، قصور القلب، ارتفاع التوتر الشرياني.
 - ☐ تخطيط ذهني، أعراض نقص كلس الدم، اعتلال أعصاب

الغدد

• بعض الحالات المرتبطة بالسوابق الشخصية للمريض:

- جراحة الدرق أو استخدام اليود المشع (التصوير بالأشعة) قد يؤديان إلى قصور في الدرق.
- جراحة الدرق قد تؤدي إلى حدوث قصور في جارات الدرق بسبب الأذية الجراحية.
- قصة ولادة جنين كبير قد توحى بوجود داء سكري لدى الأم.
- فرط ضغط الدم قد يكون ناجماً عن أمراض غدية مثل أمراض القوائم أو متلازمة كوشينغ
- جراحة النخامى أو الكظر قد تؤدي إلى قصور في النخامى أو الكظر



• السوابق العائلية :

- وتتضمن درجة القرابة بين الأب والأم، السوابق العلاجية والسوابق المرضية .
- القصبة العائلية قد تشير إلى وجود مرض درقي أو داء السكري أو متلازمة الأورام الغدية المتعددة.
- كذلك قد تدل على وجود بعض الأمراض النادرة التي تورث بطريقة قاهرة مثل: أورام النخامى، أورام الدرق اللبية، فرط نشاط جارات الدرق، أورام القواتم، وأورام البنكرياس

- Exophthalmos
- Ophthalmoplegia
- Visual field defect

Eyes 4

5 Face

- Features of Cushing's syndrome
- Addison's disease
- Acromegaly

6 Neck

- Goitre – smooth/nodular

7 Breasts

- Gynaecomastia
- Galactorrhoea

Pulse and blood pressure 3

- Tachycardia/AF – hyperthyroidism
- Hypertension – Cushing's and Conn's syndromes
- Postural hypotension – Addison's disease

8 Bones

- Osteoporosis in hyperthyroidism, Cushing's syndrome and hypogonadism (loss of height, thoracic kyphosis)

Hands 2

- Skin crease pigmentation – Addison's disease
- Large, sweaty, fleshy – acromegaly
- Tremor – hyperthyroidism
- Carpal tunnel syndrome
- Palmar erythema

9 Genitalia

- Virilisation
- Pubertal development
- Testicular volume

General observation 1

- Demeanour, mental state, e.g. agitated – hyperthyroidism
- slow – hypothyroidism
- Appearance, e.g. central obesity in Cushing's syndrome
- Pallor
- Hair distribution, e.g. absent axillary, pubic – hypopituitarism
- Vitiligo
- Hirsutism

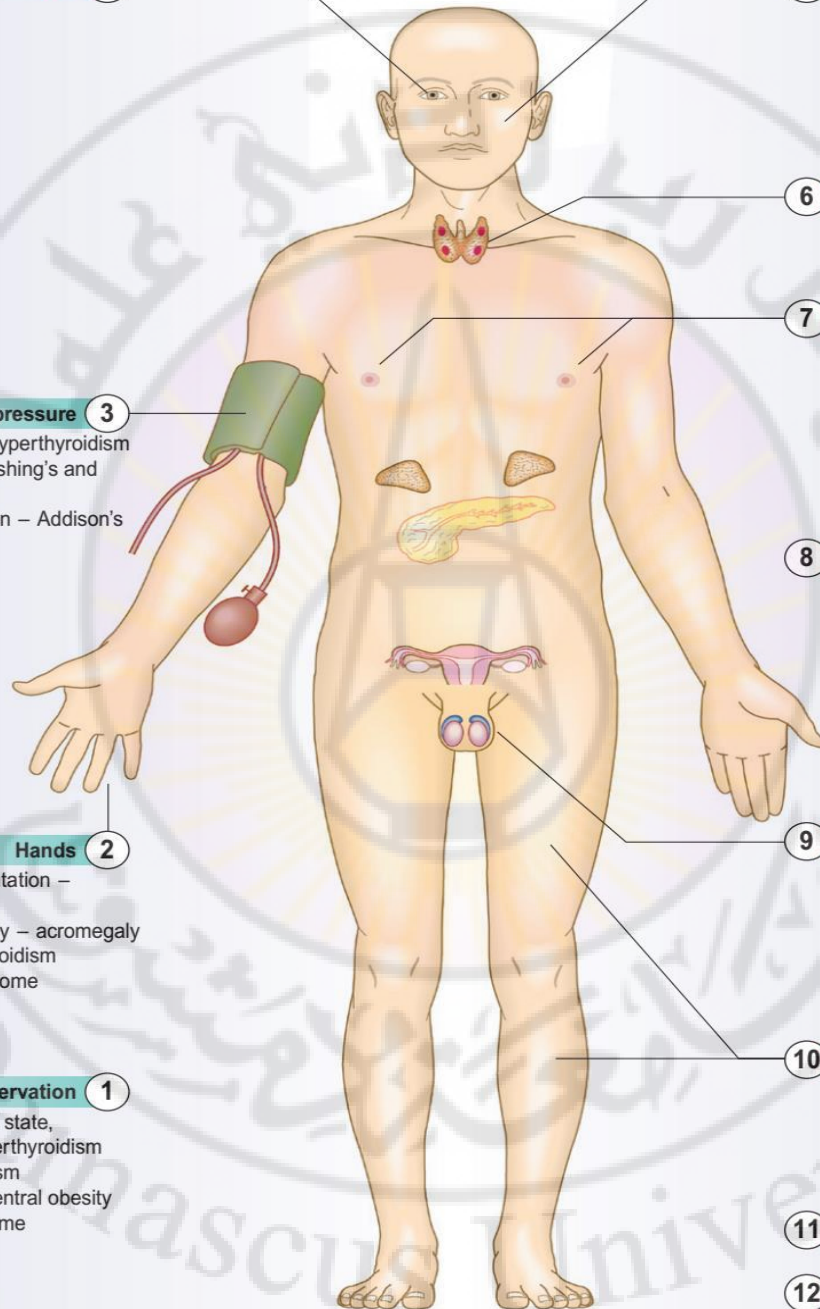
10 Legs

- Proximal myopathy
- Pretibial myxoedema
- Necrobiosis lipoidica

11 Height, weight, BMI

12 Urinalysis

13 Psychological/psychiatric assessment





- الأعراض الرئيسية للأمراض الغدية
- • تغيرات في الوزن والشهية.
- • تغيرات في تصبغ الجلد.
- • بوال .
- • تغيرات في طول القامة.
- • تغيرات التعرّق .
- • العنانة .
- • تغيرات في توزع الأشعار.
- • تغيرات في الجلد .



• • نَوَامٌ وَوَسَن .

• • تَغْيِرَاتٌ فِي عَادَاتِ التَّغَوُّطِ .

• • سَهَاف .

• • اضْطِرَابَاتُ النَّوْمِ .

• • تَغْيِرَاتُ طَمْثِيَّة .

• • اضْطِرَابَاتُ جَنْسِيَّة .

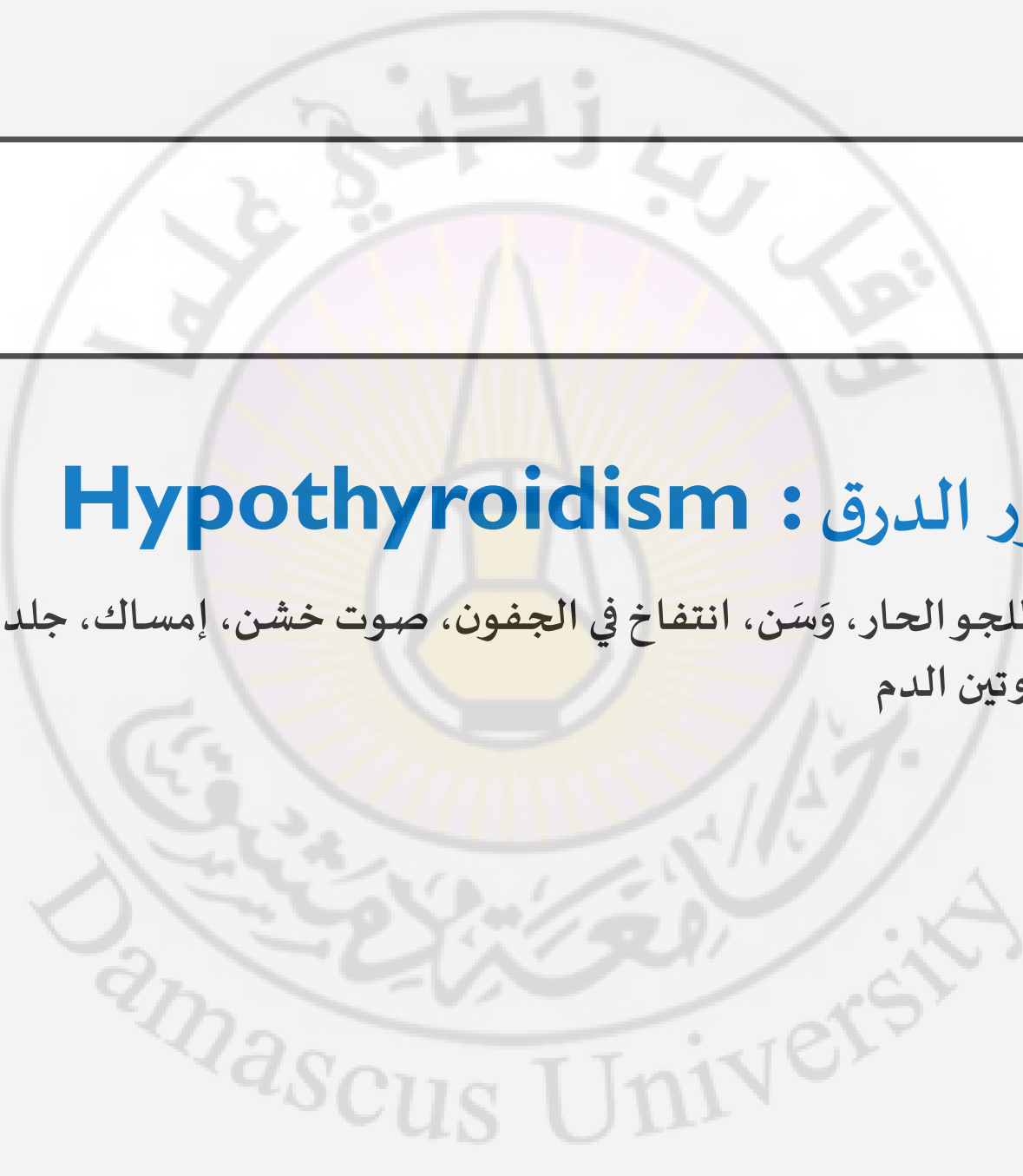
• • الصَّدَاع .

• • اضْطِرَابَاتُ الْمَزَاجِ .

• • اضْطِرَابَاتُ الرُّؤْيَا .

• • ثَرَالْحَلِيبِ .





• قصور الدرق : Hypothyroidism

- تفضيل للجوالحار، وَسَن، انتفاخ في الجفون، صوت خشن، إمساك، جلد خشن، فرط كاروتين الدم



• الداء السكري : Diabetes Mellitus

- بوال، عطاش، اضطراب في الرؤية، تعب وضعف عضلي، نقص وزن، حكة مع طفح جلدي، إنتانات، وسن، وأحياناً اضطراب الوعي



• **هبوط سكر الدم : Hypoglycemia**

• صداع صباحي، زيادة في الوزن، تعرق واختلاجات .

• **قصور قشر الكظر الأولي : Primary Adrenal Failure**

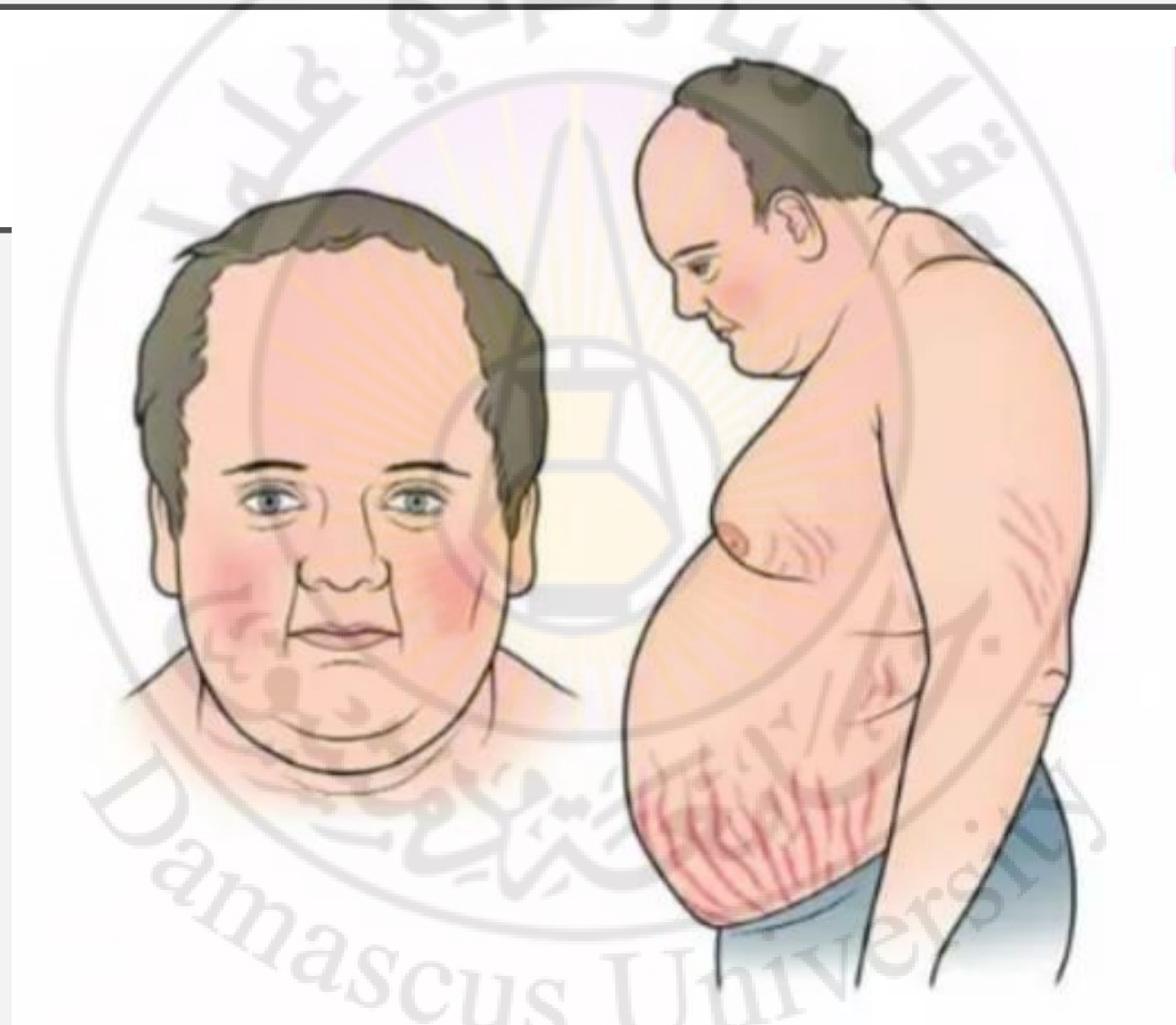
فرط تصبّع، تعب، نقص وزن، غثيان وإقياء وإسهالات، بوال ليلي، تغيرات عقلية مع اختلاجات، نقص ضغط الدم أو نقص سكر الدم .



• ضخامة

- تعب، زيادة تد
- ملامح الوجه

أف، غلاظة



الجهاز القلبي والتنفسي



معلومات المريض

- الاسم
- الجنس
- العمر
- المهنة
- الحالة الاجتماعية
- السكن
- العادات: التدخين, الكحول





- نسأل المريض عن:
 - ❑ السوابق الطبية: كارتفاع الضغط الشرياني، السكري، الربو، إلخ .
 - ❑ السوابق الجراحية: كعمليات القلب المفتوح.
 - ❑ السوابق الدوائية: من المهم جداً معرفة الأدوية التي يتناولها المريض، فقد يراجع المريض بعرض مرتبط بالتأثيرات الجانبية لبعض الأدوية.
 - ❑ السوابق التحسسية: معرفة التحسس الدوائي أو عدم التحمل لبعض الأدوية أمر في غاية الأهمية

السوابق العائلية :

- تشير الدراسات الحديثة إلى أن معظم الأمراض مثل السكري والضغط وأمراض القلب هي أمراض وراثية، وبالتالي فإن العلاجات مستقبلاً يجب أن تستهدف المورثات المسببة (الحاملة) للمرض، وهنا تكمن أهمية معرفة السوابق العائلية
- نسأل المريض عن:
 - ☒ السوابق الطبية العائلية: كارتفاع الضغط الشرياني، السكري .
 - ☒ هل الوالد مدخن أم لا؟ فبعض الأبناء يتبعون عادات آبائهم .
 - ☒ هل هناك أمراض قلبية عائلية معينة خاصة ؟ كأمراض القلب الولادية .
 - ☒ السوابق الجراحية القلبية: إن وجدت سوابق جراحية في العائلة .



الاعراض القلبية

- ✓ الألم الصدري .
- ✓ الزلة التنفسية .
- ✓ الخفقان .
- ✓ السعال ونفث الدم .
- ✓ اضطراب التوازن والدوار (الدوام
- الوهن والتعب والإعياء.
- ✓ اضطرابات الوعي .
- ✓ العرج المتقطع .
- ✓ الوزمة احتباس السوائل



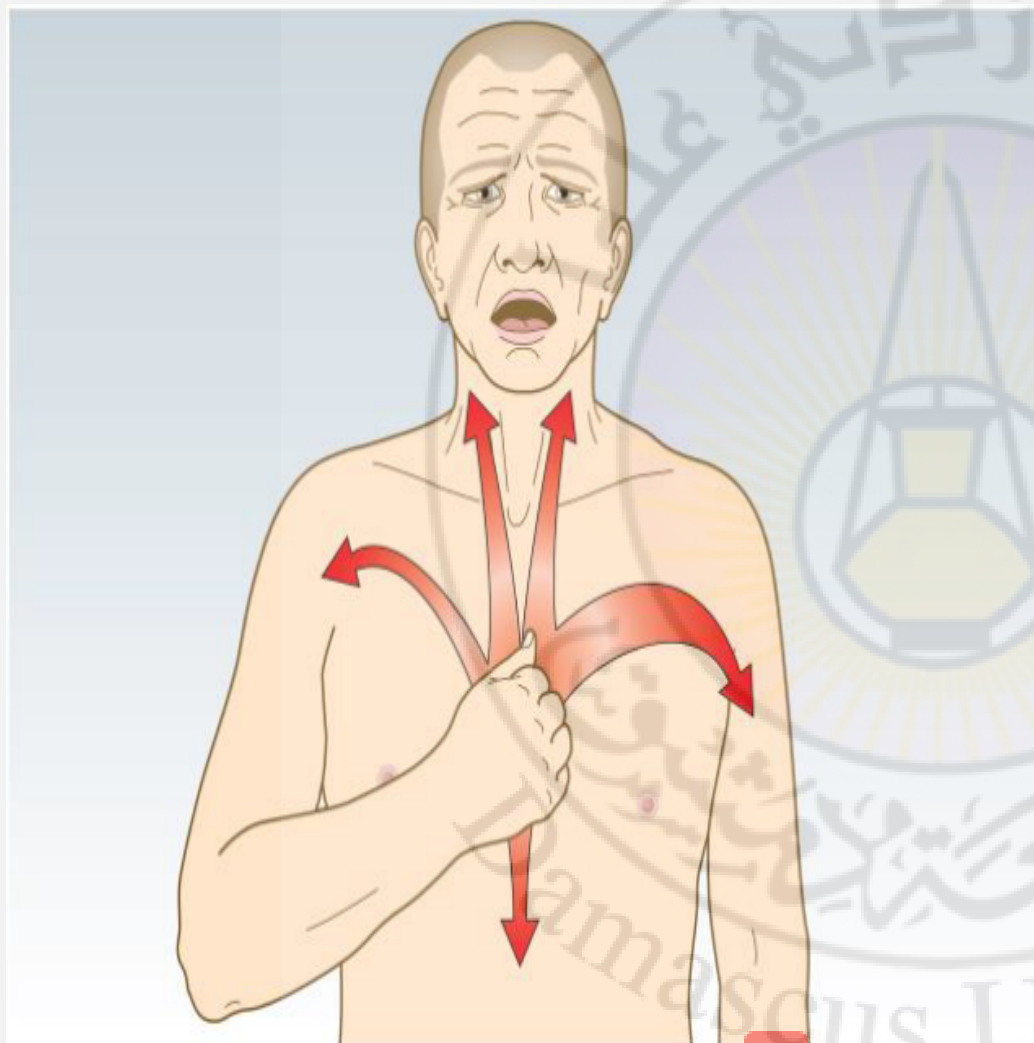
الألم الصدري

- وهو عَرَض شائع للمرض القلبي، ولكن يمكن أن يكون له منشأ غير قلبي أيضاً؛ حيث إنَّ كلَّ ماَّ يحيط بِالقلب يَمُكِنُ أَنْ يَسببَ أَلماً صَدْرِيًّا .
- الألم الصدري من المنشأ القلبي الوعائي:
- له عدة أمراض مسببة له نذكر منها :
- الحناق الوصفيّ (نقص التروية القلبية أو القصور الإكليلي)، أو ما يسمى الألم الوصفي النموذجي (حناق الصدر.
- تسليخ الأبهر.
- التهاب التأمور.
- الصمّة الرئوية

وصف الألم الخناقي

- بوضع كامل اليد على منتصف الصدر .
- ⊠ أو بين الثديين .
- ⊠ أو شد أو ثقل في الصدر .
- ⊠ أو بشكل نافذة أو فتحة ممتدة من الصدر إلى الظهر بنفس المستوى .
- ⊠ أو بشكل غصة خلف القص خارج أوقات الطعام خاصة عند النساء .
- ⊠ أو بشكل ضغط على أعلى العنق (اختناق)





الألم الصدري

الألم الجنبى:

هو ألم حاد، طاعن، عادةً ما يتوضع بعيداً عن الخط الناصف. قد يكون موضعي أو يؤثر على مساحة واسعة من جدار الصدر حسب شدة الإصابة.

- **♦ يزداد الألم عند الشهيق والسعال، فلا يستطيع المريض أن يسعل أو أن يكمل نَفَسَه .**
- **♦ يُشاهد عند مرضى ذات الرئة، الصمة الرئوية، والريح الصدرية ويكون ظهوره حاداً**
- **♦ غالباً ما يرتبط مع ضيق التنفس بسبب شدة الألم لا يستطيع المريض أن يتنفس بشكل جيد**

. الألم الصدري من المنشأ غير القلبي الوعائي :

- يمكن أن يكون تظاهراً ناجماً عن القلق .
- يمكن أن يكون الألم جنبياً ريح صدرية – ذات جنب – أورام الجنب.
- يمكن أن يكون الألم منصفياً : ريح منصفية – التهابات منصف – أورام منصف .
- يمكن أن يكون الألم بجدار الصدر في حال الالتهابات والأورام والرضوض في:
الجلد – العضلات –
- الأضلاع – المفاصل (كالتهاب المفصل الضلعي القصي
- يمكن أن يكون بسبب الآلام الجذرية العصبية .
- يمكن أن يكون الألم لأسباب هَضْمِيَّة: القلس المعدي المريئي – الفتوق الحجابية



الدوخة / الدوام :

- لهذا المصطلح عدة معانٍ، فقد يستخدمه المرضى للإشارة إلى خفة الرأس والترنح أثناء المشي أو الدوار أو اضطراب التوازن أو توصيفات أخرى، وهناك عدة مسببات لكل توصيف،
-
- لها عدة أسباب قلبية أهمها مرتبط باضطراب الضغط الشرياني الذي يسبب تمطط في الأوعية فتؤثر بدورها في مراكز التوازن





- اضطراب التوازن ☒
- إن حالة التوازن يحافظ عليها من خلال التكامل الوظيفي بين عدة بنى وهي: الجهاز الدهليزي، سبل النخاع الشوكي، الجهاز البصري، المخيخ. تنجم اضطرابات التوازن عن إصابة أحدها
- الدوار:
- ☒ هو شعور المريض بأن الأشياء أو الغرفة تدور حوله رغم أنها ثابتة (توهم الحركة).
- ☒ سببه عدم توافق المعلومات البصرية، الحسية العميقة، الدهليزية التي تصل للدماغ .

الخفقان

- هو الشعور غير الطبيعي بضربات القلب في جدار الصدر أو حتى في العنق، ويختلف التعبير عنه
- من شخص لآخر حسب عتبة إحساسه للمنبه وفرط المقوية الودية .
- ✕ يشترط أن تكون الجملة العصبية مفرطة الحساسية (التوتر، القلق، فرط نشاط الدرق)،
- ✕ ليس بالضرورة أن يعبرّ الخفقان عن حالة مرضية، لكن يلاحظ فيه دائما عدم ارتياح نفسي ونقص بعتبة التنبيه، لأن المريض يكون تحت تأثير التنبيه الودي أغلب الوقت
- اهم الأسباب المرضية
- فرط نشاط درق
- اضطرابات نظم القلب

الزلة التنفسية

- هي زيادة عدد مرات التنفس عن 20 مرة بالدقيقة ، مما يؤدي إلى الشعور بالضيق أو الانزعاج عند التنفس ويعبّر عنها المريض بضيق النفس
- أسباب الزلة التنفسية :
 - ✓ مرض في القصبات أو الرئتين أو الجنب أو المنصف أو القفص الصدري .
 - ✓ قصور القلب.
 - ✓ أسباب نفسية .
 - ✓ فقر الدم .
 - ✓ ارتفاع الحرارة .



الأسباب القلبية للزلة التنفسية

- قصور البطين الأيسر.
- أمراض الدسام التاجي .
- اعتلال العضلة القلبية .
- انصباب التأمور



الزلة التنفسية صدرية المنشأ

• • الداء الرئوي الانسدادي المزمن

• • الربو

• • توسع القصبات

• • أورام الحنجرة.

• • انسداد الرغامى.

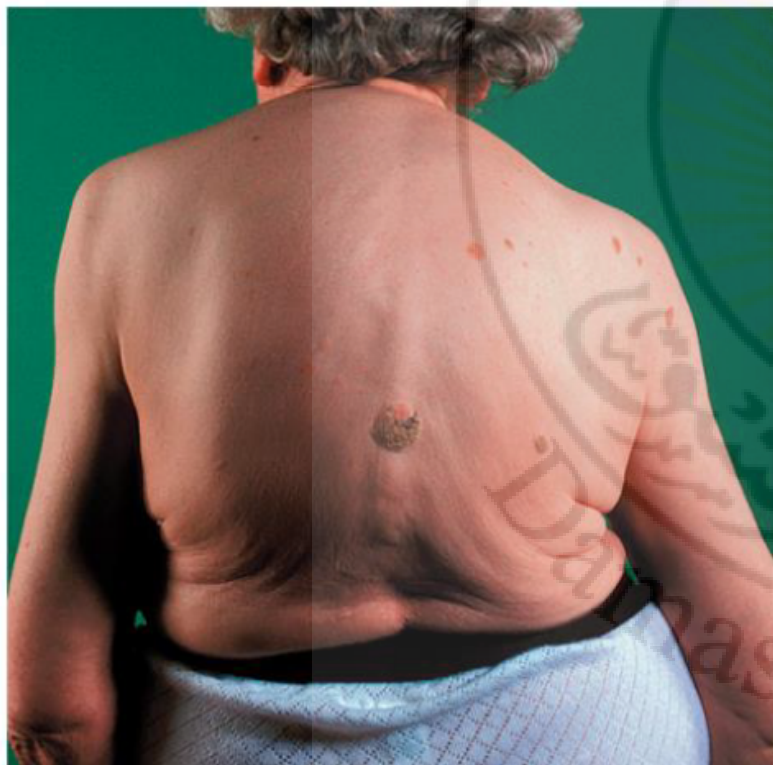
• • تليين الرغامى



• على مستوى البرانشيم الرئوي :

- ذات الرئة
- التهاب الأسناخ التحسسي
- • تليف الرئة.
- • متلازمة الضائقة التنفسية الحادة





• على مستوى جدار الصدر:

• • الجنف .

• • كسور الأضلاع

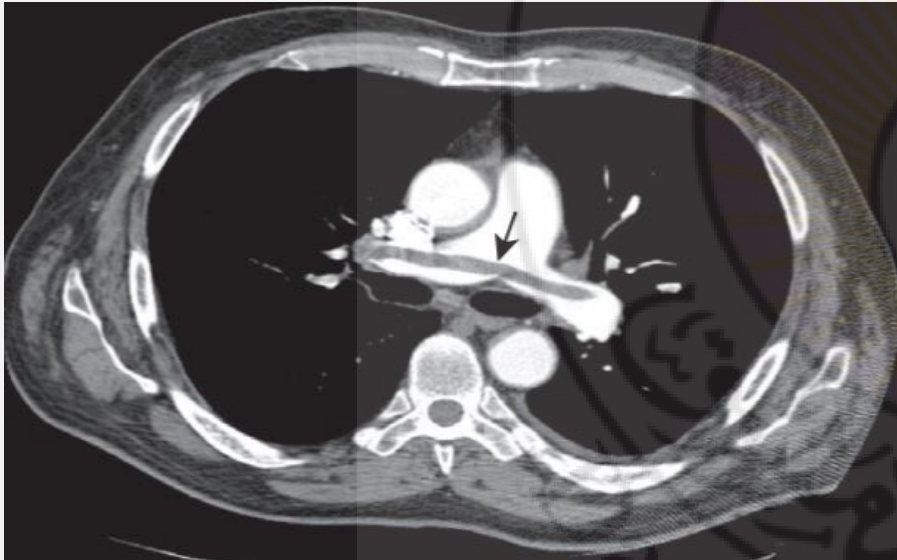


• الآفات الدورانية الرئوية :

- الانصمام الرئوي.
- فرط ضغط الدم الرئوي

• على مستوى الجنب:

- انصباب الجنب
- أورام الجنب



مرافقات الزلة التنفسية:

- ✓ المرافقات القلبية: ألم صدري، خفقان، تعرق ، دوار، غثيان، إلخ .
- ✓ المرافقات الصدرية: ألم صدري، سعال، نفث دم، قشع، إلخ .
- ✓ المرافقات العصبية: صداع، دوار، تشويش رؤية، إلخ.
- ✓ المرافقات النفسية .



السعال

- هو زفير انفجاري أو قسري بشكل مفاجئ مع إصدار صوت، ناجم عن حدوث تخريش بالطرق التنفسية، وقد يكون السعال :
 - ❑ جافاً : غالباً سببه تحسسي.
 - ❑ رطباً منتجاً للقشع : ذوات الرئة الحادة أو المزمنة
 - ❑ رغوي كا لناتج عن نتح السائل ضمن الأسناخ واختلاطه مع الهواء (وذمة الرئة).
 - ❑ مشوب بخيوط مدمّة حمراء، وردي اللون كما في قصور القلب
 - ❑ مدمى: في حالات نفث الدم الغزير .



السعال

- يصنف الى سعال حاد: اقل من 3 اسابيع
- سعال تحت حاد: من 3-8 اسابيع
- سعال مزمن: اكثر من 8 اسابيع
- أسباب السعال الحاد: التهاب الطرق التنفسية العلوية أو السفلية أو التخريش



الاسباب

السعال تحت الحاد:

- هو سعال تال لبعض الإنتانات، أي يزول سبب المرض (يتعافى المريض) لكن تبقى المخاطية مُخْرِشَةً . شائع جداً، يأتي المريض بشكوى سعال بدون سبب، حيث يكون قد تعرض لعامل مُفرض منذ مدة وتعافى منه لكن أثر العامل المُفرض لا يزال موجوداً

السعال المزمن :

- الطرق التنفسية العلوية الانفية الابلعومية

• الربو

• الداء الرئوي الساد

• القلس المعدي المريئي

• التوسع القصبي

• الادوية

• سرطان الرئة

• السعال قلبي المنشأ



نفث الدم

- هو خروج الدم مع السَّعال .
- نفث الدم في المشاكل القلبية لا يَكُون غَزِيرًا عَادَةً، إذ يكون بشكل خيوط مد مائة أو قشع وردي اللون .
- عندما يكون غزيرًا يوجهنا إلى أمراض الرئة (سل أو ورم).

نفث الدم

- يختلف عن الرعاف، فالرعا ف يتميز بوجود الدم في فم المريض بشكل مفاجئ دون أن يُشَبَّقَ بسُّغَال، ويمكن أن نطلب استشارة طبيب أذن وأنف وحنَّجَرَة .
- يتميز عن الإقياء الدموي بأن الأخير يشبه طحل القهوة، أما القشع الدموي عادةً ما يكون احمر مع القليل من الفقاعات الهوائية .

أسباب نفث الدم

• أمراض الطرق التنفسية

- 1- التهاب الشعب الهوائية الحاد أو المزمن، بما فيها التدخين والالتهاب الرئوي .
- 2- توسع القصبات .
- 3 الأورام .
- 4 الأجسام الغريبة .
- الصمة الرئوية
- التهابات الاوعية
- أسباب خارج رئوية (مميغات, اضطرابات تخثر الدم)



الوهن والتعب والاعياء

- أولى أعراض قصور القلب أو نقص ترويته، وينجم الوهن والتعب قلبي المنشأ عن عدم حصول
- العضلات الهيكلية بشكل خاص على كفايتها من الدم المحمّل بالأكسجين والمواد الغذائية .
- ☒ قد تكون أسبابه :
- ☒ الإجهاد والتعب والسهر .
- ☒ الحالات النفسية .
- ☒ الطقس .
- ☒ الأمراض التي تسبب الحمى



الغشي (فقد الوعي)

- ✓ يعد الوعي من العلامات الحيوية، ويمكن القول أنه نقطة الارتباط ما بين العقل البشري والعالم المحيط .
- ✓ فقدان الوعي الناجم عَنْ مَشاكل قَلْبِيَّة تُوَدِّي إلى نقص أو انعدام كمية الدم لواصلَة إلى الدماغ ، إذ يوجد نوعان :
- **فقدان الوعي الجزئي:** المريض واع لما يحدث حوله، فلا يفقد ارتباطه مع المحيط لكنه غير قادر على التفاعل معه يكون واع عندما تحاول التكلّم معه لك نه لا يتجاوب.
- **فقدان الوعي التام:** يفقد المريض كامل ارتباطه مع المحيط أي حالة موت ظاهر، ويتظاهر سريرياً ب :
 - (توقف قلب ودوران)
 - غياب نبض.
 - توقف تنفس .
 - توسّع حدقات .





- **الوذمة هي احتباس السوائل .**
- لها عدة أشكال: انطباعية, غير انطباعية, أحادية الجانب , ثنائية الجانب
- قد تكون ناجمة عن سبب كلوي أو هضمي أو نقص الوارد البروتيني أو أدوية
- **العرج المتقطع:**
- سببه: تَقْصُّ تروية في الطرفين السفليين عند الجهد (أثناء المشي أو الركض) يؤدي إلى الشعور بالألم في عضلات الساق .
- مميّزاته: يَحْدُثُ بشكل متقطع، إذ يختفي بعد فترة راحة قصيرة فيتمكن المريض بعدها من المشي مرة أخرى حتى يظهر الألم مجدداً

الزلة الجهدية

- هي الزلة التي تحدث أثناء الجهد، ولها عدة تصنيفات حسب درجة الجهد الممارس. ترتبط بالأمراض الصدري أكثر من باقي الأنواع تصنيف جمعية أطباء القلب في نيويورك New York (9 NYHA) Heart Association :
- Class I ✓ : زلة على الجهد 10 الشديد مثال: صعود ثلاثة طوابق(.
- Class II ✓ : زلة على الجهد المتوسط مثال: مشي 100 متر(.
- Class III ✓ : زلة على الجهد الخفيف مثال: تغيير الملابس)
- Class IV ✓ : في حال الراحة



الجهاز العصبي



- الصداع
- ألم أسفل الظهر
- الغشي
- الاختلاجات
- النوبات النفسية



الصداع

- الصداع هو الشكوى الوحيدة أو الأبرز لحوالي 20% من المرضى الذين يأتون بشكايات عصبية
- ☐ في معظم الحالات يكون العرض سليماً ولا يدعو للقلق:
- ☐ حيث إن حوالي 60% من هؤلاء المرضى يكون لديهم شقيقة أو صداع توتري
- ☐ أقل من 2% من الصداعات يكون لها سبب مهم وخطير (كورم دماغ، التهاب سحايا، نزف
- تحت عنكبوتي...) (ويأتي فيها الصداع مترافقاً مع أعراض وعلامات عصبية أخرى)

الصداع

- صداع بدئي

☐ الشقيقة.

☐ الصداع التوترى.

☐ العنقودي

☐ الصداع اليومي المزمن

Temporal artery bulging and pulsating

Severe headache, pain behind eye

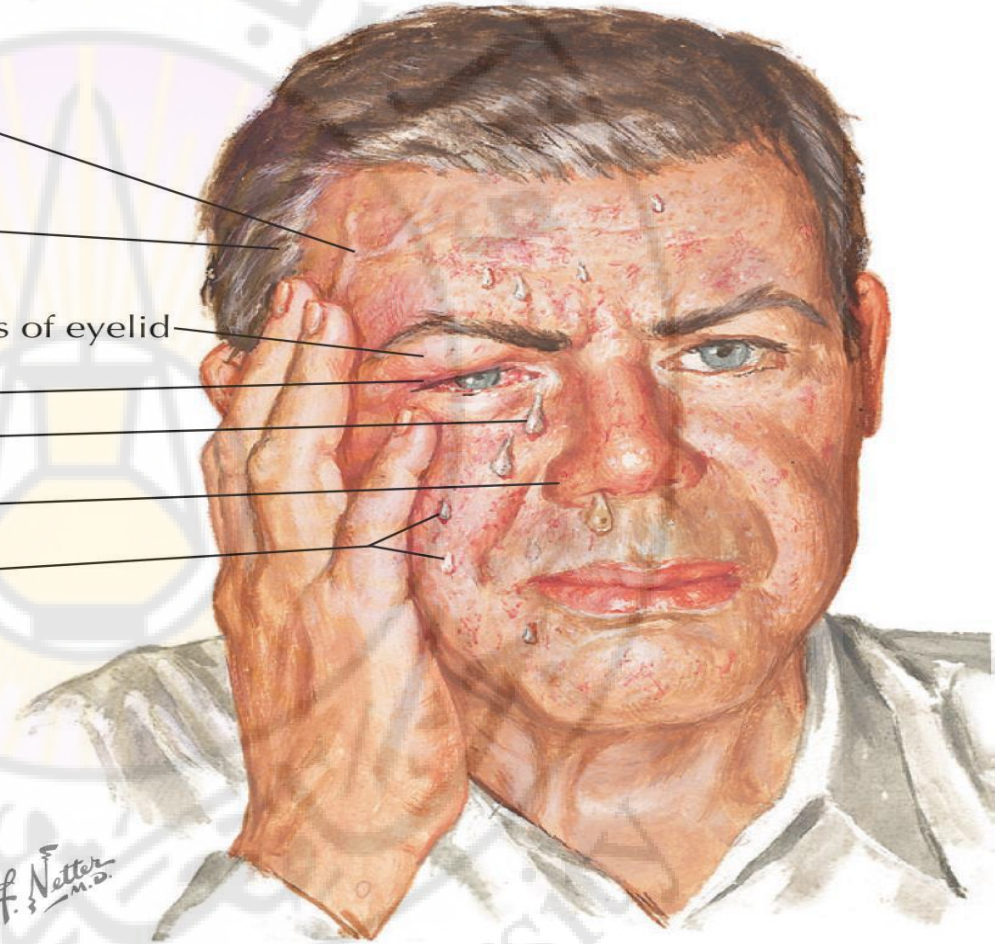
Unilateral ptosis, swelling, and redness of eyelid

Miosis, conjunctival injection

Tearing

Nasal congestion, rhinorrhea

Flushing of side of face, sweating



Damascus University



Damascus University



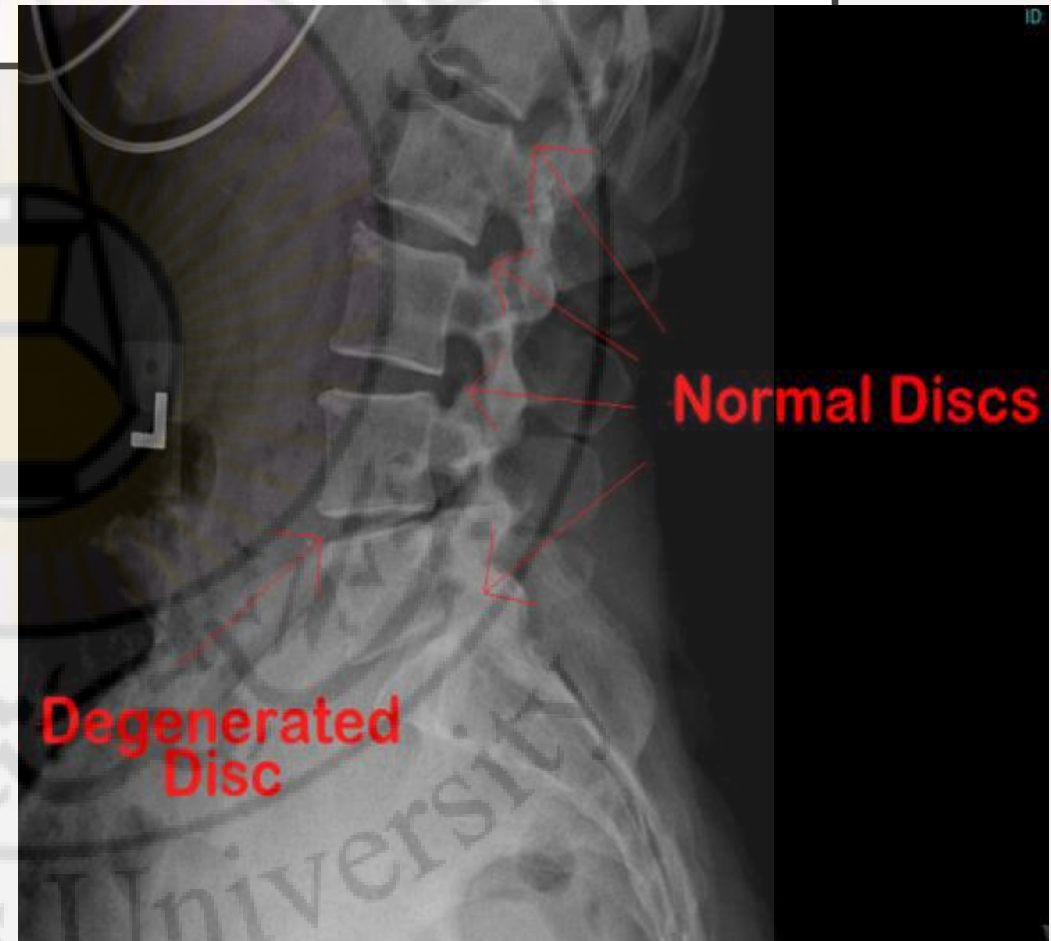
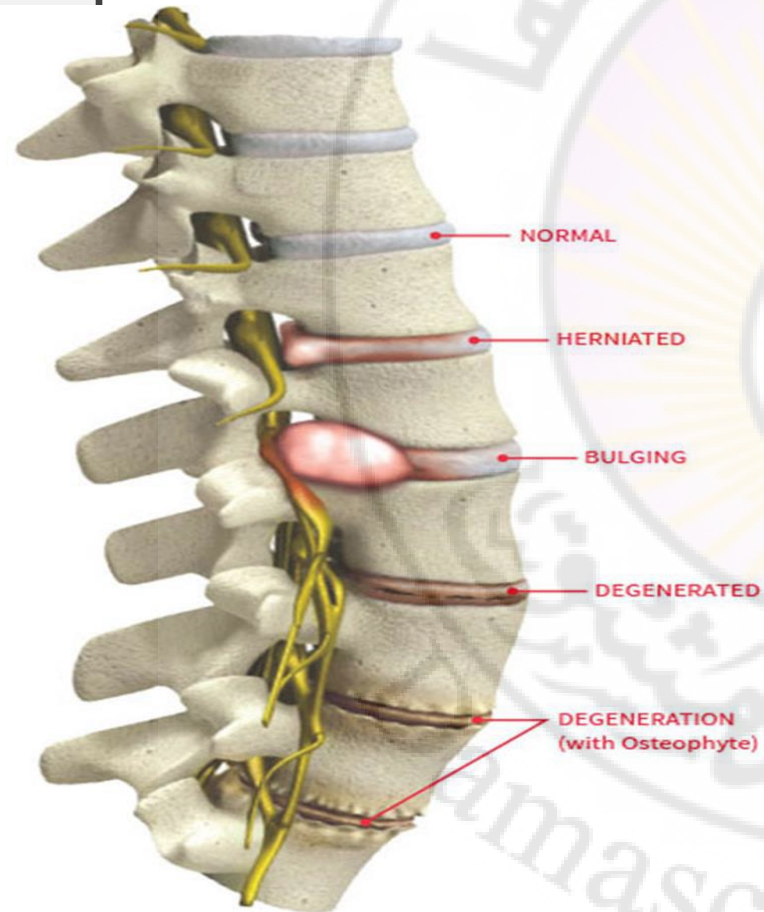
• صداع ثانوي

• تسببه اضطرابات عضوية

- ☐ . أورام .
- ☐ . التهاب السحايا .
- ☐ . ارتفاع توتر داخل القحف .
- ☐ . أم دم ممزقة .
- ☐ . خثرات دموية

الم اسفل الظهر

- ☐ يعد ألم أسفل الظهر من الأعراض الشائعة جداً.
- ☐ لا يمكن تشخيص سبب ألم الظهر بناءً على نتيجة الصور الشعاعية، فربما تكون الصورة الشعاعية غير طبيعية، لكنها ليست السبب في شكاية المريض الرئيسية.
- ☐ نسبة حدوث ألم أسفل الظهر السنوية 5%.
- ☐ يعاود ألم أسفل الظهر الظهور عند 60 - 70% من المرضى.
- ☐ يصبح الألم مزمنًا عند 40% من المرضى.
- ☐ هناك نسبة قليلة 5% لا يصيبها ألم الظهر





- المناكير العظمية: هي نتوءات عظمية زائدة تتشكل على امتداد حواف العظام، غالباً ما تتشكل في الأماكن التي تلتقي فيها العظام، أي في المفاصل والعمود الفقري
- لا تكون المناكير العظمية مشكلة، إلا
- 1 إذا دخلت ضمن القناة الشوكية وضغطت على النخاع الشوكي .
- 2 عندما تؤدي لتضييق المسافة التي تخرج منها الجذور العصبية فتضغط عليه ا فتسبب ألماً أو ضعفاً أو خدرأً أو تنميلاً في الذراعين أو الساقين

مصادر ألم أسفل الظهر

- 1 لقرص بين الفقرات: كحدوث انفتاق بالقرص.
- 2 المفاصل بين الوجيحات الفقرية والبنى الداعمة: كالتهاب المفاصل بين الوجيحات .
- 3 المفاصل الحرقفية العجزية .
- 4 العضلات والصفاق
- 5. عوامل خارج العمود الفقري: آلام الحوض ، أورام المبيض ، مشاكل الرحم، بروسات جميعه مكن أن تسبب آلام حوضية وقطنية.
- 6 العوامل النفسية .

فتق النواة اللببية

- ☐ يحدث عند تمزق الحلقة المحيطة بالقرص وخروج محتويات القرص المرن من المحفظة، فتضغط على ذيل الفرس.
- ☐ انفتاق القرص الفقري بين فقرتين يؤدي لإصابة جذر العصب المسمى باسم الفقرة السفلية.
- مثل : انفتاق القرص الفقري بين **L4-L5** يؤدي لإصابة جذر العصب **L5** ، انفتاق القرص الفقري بين **L5 - SI** يؤدي لإصابة جذر العصب **SI** ، وهكذا...
- ☐ الإصابات من **L4-L3** وما فوق غالباً يكون سببها رضي فقط كالتعرض لحادث، أم الإصابات في الغضاريف التي تليها غالباً ما يكون سببها حمل ثقل .
- ☐ أعلى نسبة إصابة في العمر بين 30 - 40 سنة.
- ☐ أكثر من 95% من الإصابات تحدث بين **L5-L4** أو بين **L5-SI**.

- نزول الأعراض عادةً خلال مدة زمنية -قصرت أو طولت- تبعاً لراحة المريض، وإن 75% من الإصابات القرصية نزول خلل 6 أشهر.

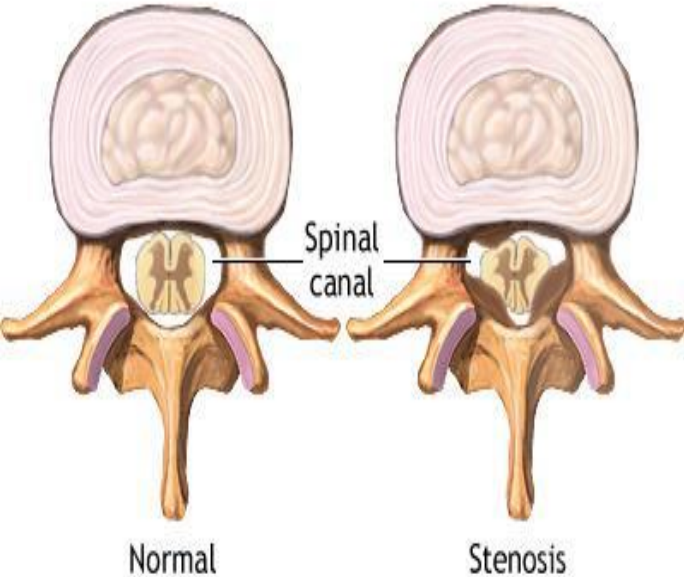
- ☐ تتكرر الهجمات ثم تنتشر إلى الطرف السفلي وبعدها يتحسن أو يخف ألم الظهر.

- ☐ 5%-10 من الحالات تحتاج للجراحة



تضييق القناة الشوكية

Spinal stenosis is a narrowing of the spinal canal

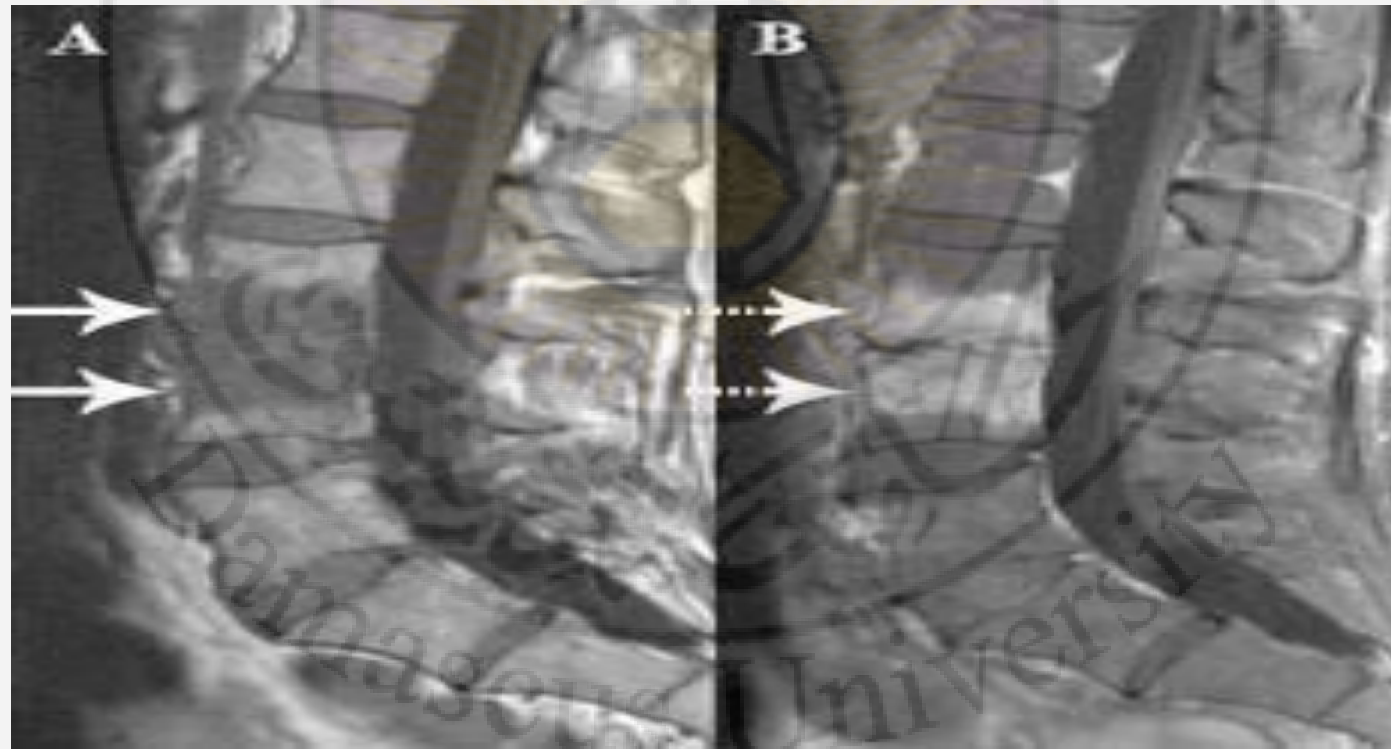


- ☐ إنّ شكل القناة الشوكية بالتصوير الطبقي المحوري :
- ☐ يكون مدورا في الحالات الطبيعية .
- ☐ يكون مثلثيا في حالة التضييق.
- ☐ عند حدوث التضييق في أسفل الظهر(في الناحية القطنية العجزية)، يعاني المريض من ألم أو تشنج في كلا الطرفين السفليين عند الوقوف أو الجلوس لفترات طويلة أو المشي لفترات متغيرة من الزمن (عرج متقطع عصبي).
- ☐ قد يكون من الصعب تمييز هذا الألم عن العرج المتقطع الوعائي

التهاب القرص الفقري

- لا يصاب القرص الفقري بالاورام او الانتقالات، بسبب غياب التروية الدموية عنه .
- □ في حال التهاب القرص الفقري، فإنّ أشيع أسبابه هي :
 - التدرن (السل)
 - الحمى المالطية .
 - الإنتانات العادية التي تأتي بعد إنتان ما في الجسم (إنتان بالبول أو إنتان جراحة أو ما شابه)

التهاب القرص الفقري



الغثي

- ✓ هي حالة نقص تروية دماغية شاملة نتيجةً لهبوط مفاجئ في الضغط، تؤدي إلى ضعف الرؤية ونقص تروية الشبكية والأذن ومناطق الوعي والتوازن) فيرى المريض الدنيا سوداء، ويسمع طنيناً في أذنيه(، لتنتهي بفقدان الوعي).
- ✓ يزداد تواترها إن لم يكن المريض قد تناول طعاماً مسبقاً أو في حالة المرض والتعب .

الغشي

- قبل النوبة :
 - ✓ غالباً ما تعطي نوبة الغشي إنذاراً قبل حدوثها، رغم أنها قد تحدث فجأة في بعض الأحيان.
 - يشعر المريض ب :
 - 1 غثيان .
 - 2 دوام (دوخة)
 - 3 تعرّق .
- أثناء النوبة :
 - ✓ سقوط، شحوب، رعشة أحياناً.
 - ✓ إذا استمرّ لفترة طويلة قد تترافق مع نوبة اختلاج
- بعد النوبة :
 - يعود للمريض وعيه سريعاً بعد سقوطه على الأرض؛ إذ تعود التروية للدماغ عند توضع أفقياً

الغشي نوعان

غير مصحوبة باعراض تحذيرية:

حصار القلب التام

تضييق الأهر

مسبوقة باعراض تحذيرية مثل:

■ يشعر المريض بالدوام والغثيان .

■ تعتيم أو فقدان في الرؤية ثنائية الجانب .

■ التعرّق .

■ ضعف عام

الغشي

- ☐ الغشي المبهمي: يحدث نتيجةً للألم أو الخوف أو المشاهد الصادمة كالدماء والعمليات الجراحية
- ☐ هبوط الضغط الانتصابي يحدث عند الوقوف السريع من وضعيّة الجلوس أو الاستلقاء .
- ☐ اضطرابات النظم القلبية.
- ☐ آفات القلب العضوية
- ☐ غشي البوال
- ☐ غشي السعال

الاختلاج

- اضطراب انتيبي نوبي يحدث في وظائف الدماغ بشكل مفاجئ واشتدادي ولا إرادي؛ نتيجة ان فراغات كهربائية غير طبيعية
- ما قبل النوبة :
- عادة ما تكون نوبات الاختلاج مباغته بدون أية مقدمات (بدون أعراض تشير إلى قدوم النوبة)

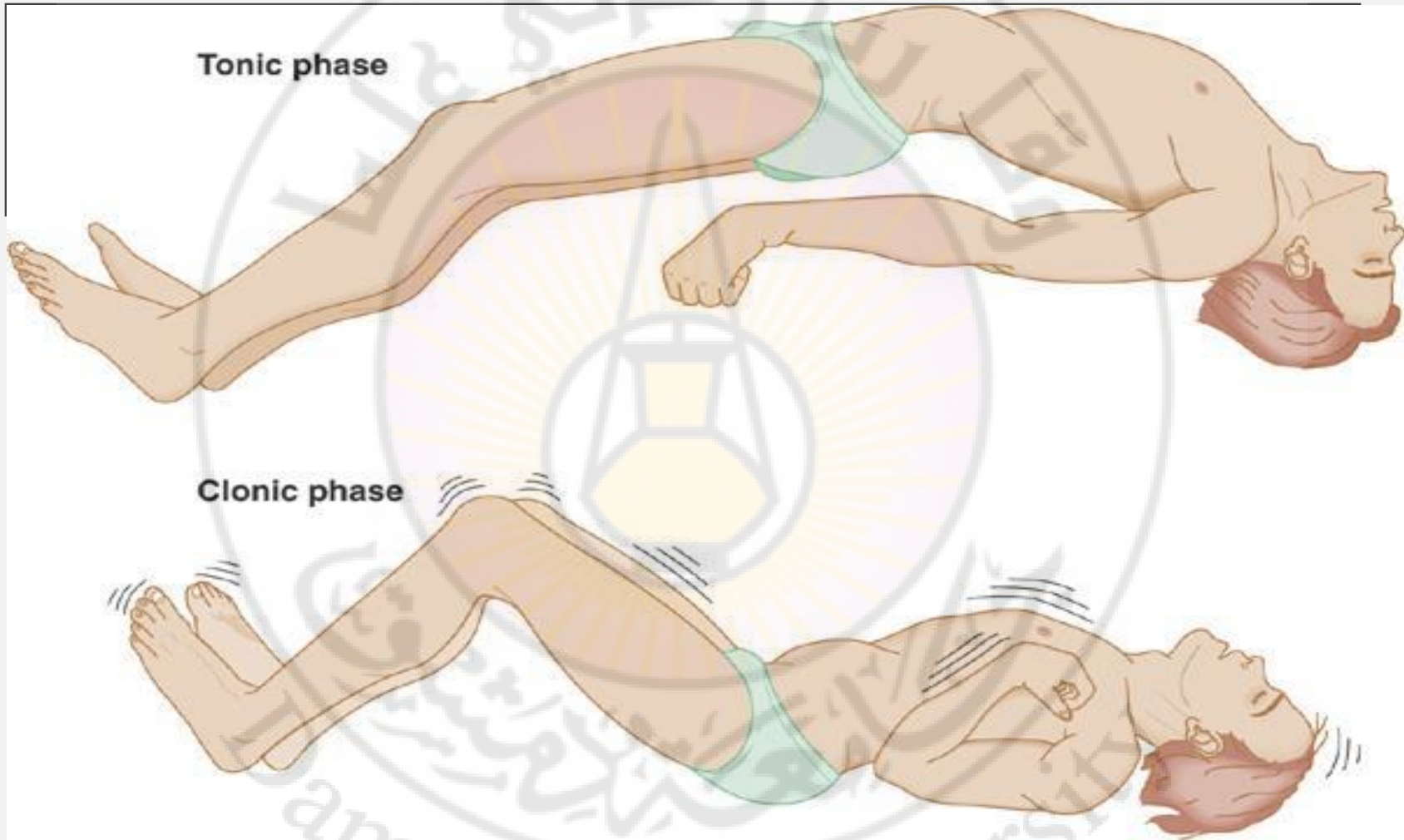
اثناء الذوبة

الطور الثاني:

- تتشنج عضلات المريض بشدة تتسبب (تيبس) ومنها عضلات التنفس كالحجاب الحاجز، فينقطع تنفس المريض ثم يتحول لونه إلى الزرقاء .

الطور الثالث:

- حدوث رعاش في الأطراف الأربعة .
- قد يعرض المريض لسانه .
- خروج الزبد من الفم .
- رؤية بياض العينين بشكل واضح نتيجة توجههما نحو الأعلى .
- قد يحدث سلس بولي





- بعد النوبة :
- ✓ يدخل المريض في نوم عميق .
- ✓ يسيطر عليه الشعور بالإرهاك والتعب في كامل الجسم .
- ✓ شعور بالألم والتيّس .
- ✓ يمكن أن نرى آثار عرض اللسان



- توصيات للتعامل مع مريض في حالة اختلاج :
 - لا تحاول فتح فكي المريض المطبق على لسانه بهدف تحرير اللسان، يجب تركه على سجيته كي لا نؤذي أنفسنا أو المريض .
 - ضع المريض على جانبه الأيمن .
 - لتحرير مجرى الهواء؛ ارفع رأس المريض، وادفع فكه السفلي إلى الأعلى ولا تحاول فتح الفم أبداً .



النوبات النفسية

- ☐ يكون المرضى فيها بحالة من الوعي الكامل أو ما تحت الوعي، ويجذبون الانتباه إليهم من خلال حالة استعراضية. يدعي المريض فيها فقدان الذاكرة وعدم الوعي خلال الهجمة، وأحياناً قد يعترف بوجود إدراك
- لبعض الأشياء التي حدثت خلال النوبة ولكن لم يستطع التحكم بجسمه خلالها.
- ☐ تحدث دائماً عند تواجد المريض مع أشخاص آخرين، فلا تحدث والمريض في غرفة لوحده.
- ☐ لا تسبب أي أذية للمريض، فنلاحظ أن المريض يغيب وعيه قرب أشياء يمكنها أن تتلقاه عندما يسقط، ككرسي مثلاً.



- لا نلاحظ أي شحوب او ازرقاق في الوجه، فيكون وجه المريض أحمرًا.
- ☐ في هذه الحالة يحاول مريض النوبة النفسية إغلاق جفنيه بقوة عندما يرفعهما الطبيب، على
- عكس المريض الفاقد لوعيه حقيقةً الذي يرتفع جفنه بسهولة وبدون مقاومة .
- ☐ نحاول رفع يد المريض فوق مستوى وجهه وتركها، فإذا قاومها ولم يسمح لها بالسقوط على
- وجهه نعلم أنها نوبة نفسية

النوبات النفسية

- ☐ نوب الهلع • الخوف ظاهرة لا يمكن تبريرها، ولا يمكن إقناع الشخص ألا يخاف تبدأ لسبب معين، ولك نها قد تستمر بلا سبب، فحتى إذا كان المريض سعيداً ومرتاحاً قد تحصل لديه نوبة الهلع.
- ☐ . فرط التهوية.
- ☐ . نوب الصرع الكاذبة : كأن يرى أحداً أصابته نوبة صرع فأصبح يريد تقليده لكسب شيء ما.
- ☐ الخوف من الأماكن المغلقة

الجهاز الحركي

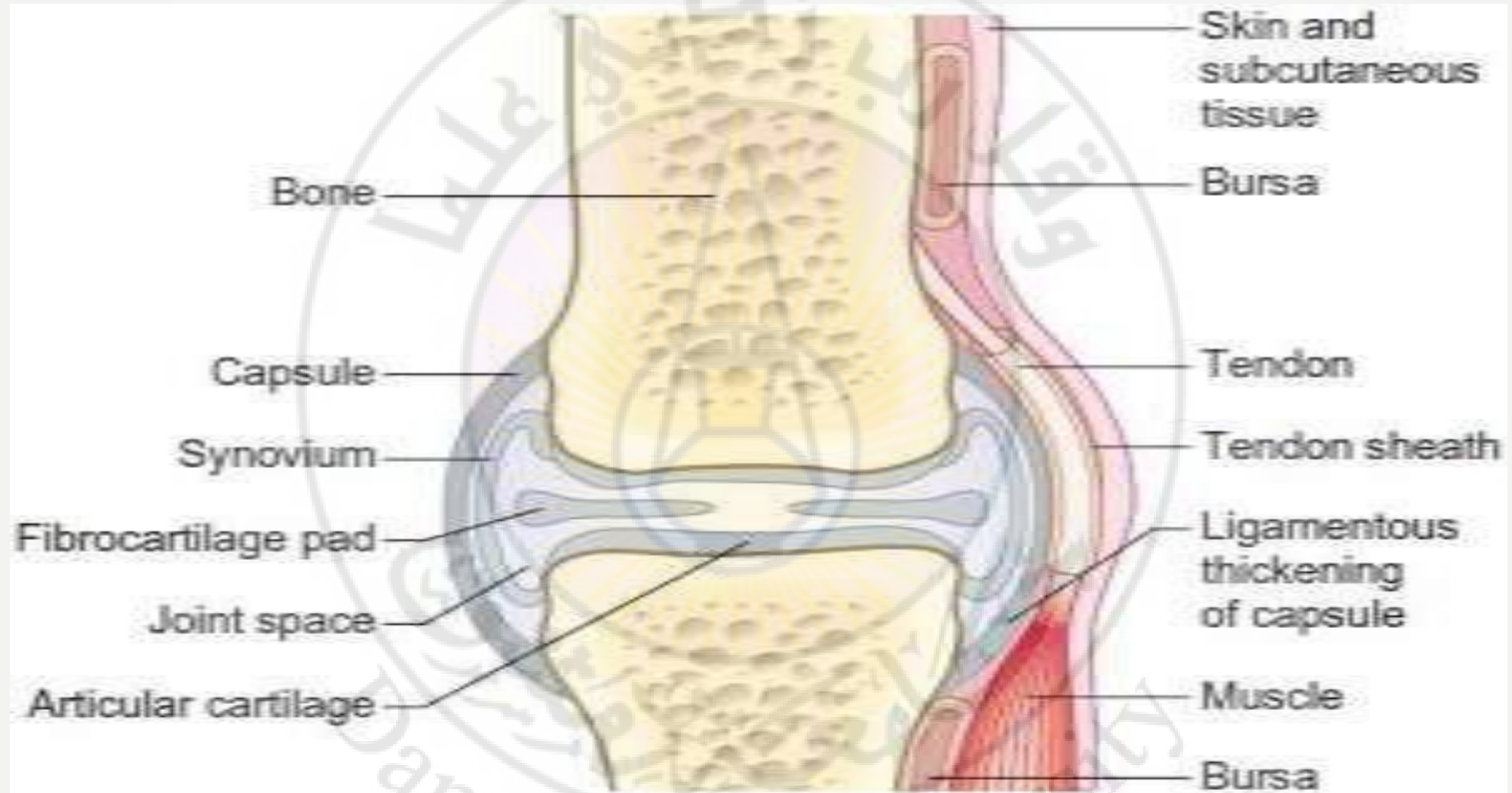
Damascus University

المحفظة المفصليّة: تحيط بالمفصل وترتكز على العظم.

الغشاء الزليلي: يبطن المحفظة المفصليّة مشكلاً التجويف المفصلييفرز السائل الزليلي المزلق للمفصل ضمن التجويف المفصلي.

ترتكز أوتار العضلات المحيطة بالمفصل على السطوح العظمية، ويتم حماية وتر العضلة من الاحتكاك مع:
العظم والبنى المفصليّة من خلال الأجرية Bursa.

الأنسجة المجاورة من خلال غمد الوتر Tenosynovial.



Structure of a joint and surrounding tissues.

- **الاعتلال المفصلي:** هو أي مرض في المفاصل يؤثر على وظيفتها سواء كان التهابي أم لا.
- **الألم المفصلي يمكن أن** يتظاهر الألم دون وجود علامات التهاب كتورم المفصل
- **الالتهاب المفصلي:** ألم + تورم المفصل - احمرار - حرارة - سخونة موضعية.



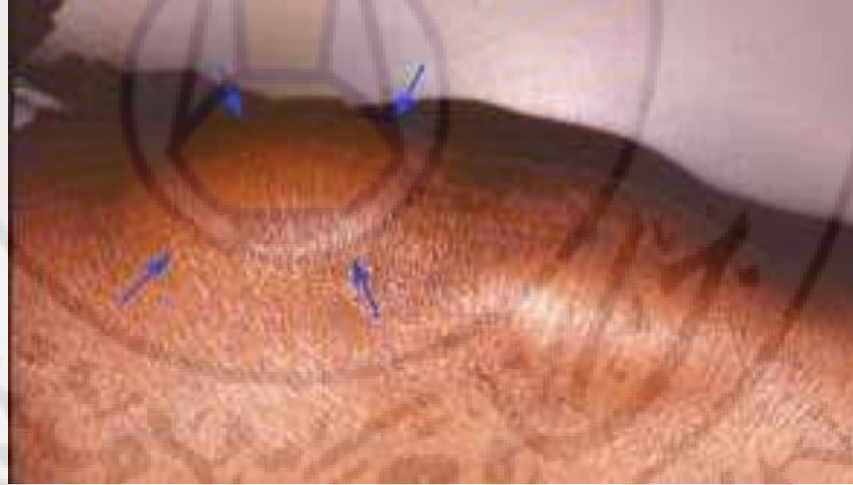
• التهابات المفاصل: تصنف حسب عدد المفاصل المصابة

• 1- وحيد المفصل: انتان, نقرس, رض

• 2- قليل المفاصل: اقل من 4---صدافي, التهاب فقار مقسط

• 3- عديد المفاصل اكثر او يساوي 4: الداء الروماتويدي

- التهاب الأجرية المفصالية: التهاب الكيس الزلالي (الجراب المفصلي) كيس مجوف يحتوي كمية ضئيلة من السائل الزليلي.يسهل حركة العضلة ووترها بالنسبة للعظام والبنى المفصالية، ويمنع احتكاكها.
- هذه الأجرية معرضة للالتهاب، لاسيما في مفاصل الركبة والمرفق.



- **اعتلال العضلات:**

- غالباً ما يتظاهر بضعف العضلات الدانية (الأقرب للجسم تشريحياً) بشكل متناظر: تكون أسباب اعتلال العضلات اضطرابات عصبية بسبب وراثي كالحثل العضلي، أو مكتسب وهو نادر عموماً.

- **التهاب العضلات:**

- التهاب العضلات العديد
- التهاب الجلد والعضلات

التهاب وتر العضلة

يحدث بسبب الأمراض الروماتزمية، أو الاستخدام المفرط والاجتهاد: يصيب وتر العضلة ويحد من حركة المفصل. التهاب الوتر قد يسبب حالة الإصبع القافز

آليتها:

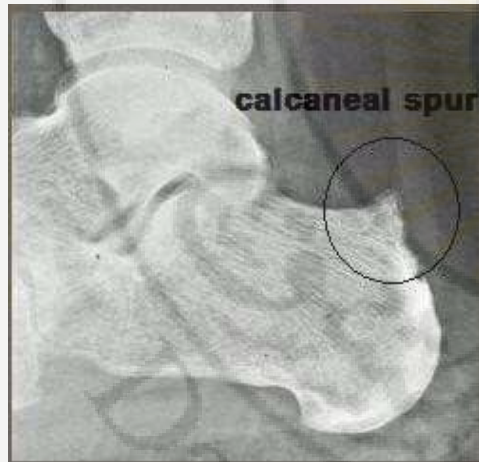
تتشكل عقدة على مسير الوتر الملتهب.

تؤدي إلى إعاقة حركة المفصل، حيث يعاني المريض من صعوبة في بسط الإصبع.

تلاحظ عند ربّات المنازل بشكل خاص.

- اعتلال المراكزات

- هو الالتهاب أو التغير البنيوي لمكان ارتكاز الرباط أو الوتر أو المحفظة على العظم



- هناك أعراض مختلفة للأمراض الروماتيزمية، مثل:
- آلام المفاصل المزمنة.
- التهاب نحدده من خلال تورم المفاصل، تيبس، احمرار و/أو سخونة المفاصل.
- تشوه المفاصل.
- فقدان نطاق الحركة أو المرونة في المفصل.
- الإرهاق الشديد أو نقص الطاقة أو الضعف أو الشعور بالتعب.
- أعراض جهازية: التهاب عنبة، التهاب تامور وجنب، طفوح جلدية، حرارة

التهابات المفاصل

- **الفصال العظمي** : الأكثر شيوعا
- لمفاصل الأكثر عرضة للإصابة هي أكثرها تحملاً للضغط :
- مفصل الركبة والورك .
- مفاصل العمود الفقري.
- مفاصل اليد .

- **الداء الروماتويدي:** مرض مناعي ذاتي يسبب التهاب مفاصل مزمن
- لآلية الأمراض: التهاب الغشاء الزليلي
- بالتالي لا يصيب المفاصل التي لا تمتلك غشاءً زليلي كمفاصل العمود الفقري (عدا الفقرتين 1 و 2)
- يسبب تشوهات في اليدين مميزة مثل عنق الوزه وعروة الزر
- يسبب تخرب بالمفاصل شعاعيا



• النقرس:

سببه ارتفاع حمض البول : غالبا مايصيب ايهام القدم, ويسبب الارتفاع المزمن ترسب بلورات البولات أحادية الصوديوم في النسيج (حول المفاصل, صيوان الأذن, الكلية, العين بشكل نادر)



التهاب الفقار المقسط

- مرض مناعي ذاتي يصيب مفاصل الحوض والعمود الفقري والمركبات ...
- ألم قطني التهابي الطبيعة
- التهاب مفاصل غير مخرب شعاعيا
- التهاب مركبات
- يمكن ان يترافق مع اعراض جهازية مثل التهاب عنبة العين

Normal
posture



Advanced
ankylosing
spondylitis





التعقيم

- هو اي عمل يؤدي الى التخلص التام من كل الأشكال الحية للأحياء الدقيقة (ابواغ وأحياء دقيقة كالفطور والجراثيم الخ).
- لا يملك إلا مستوى واحد فقط ...
- **A.** إما ان يكون الوسط عقيم.
- **B.** أو غير عقيم.
- تقسم طرق التعقيم الى :
 - (1) طرق فيزيائية.
 - (2) طرق كيميائية.

الطرق الفيزيائية:

• الحرارة:

- التلبيب (تعريض مباشر: لتعقيم الأدوات المعدنية ذات السطوح الصغيرة).
- الحرارة الجافة (الأشع: مخابر, عيادات , مشافي ... للأدوات التي تتحمل حرارة عالية).
- الحرارة الرطبة (جميع الأدوات المعدنية التي لا تتحمل حرارة عالية , الأقمشة , الشاش , القطن...ألخ).

• التشعيع:

- اشعة غاما (قناطر, قفازات, خيوط جراحية...ألخ).
- الأشعة فوق البنفسجية (غرف العمليات, المخابر...ألخ).

الحرارة الجافة:

- من أشيع الطرق المستخدمة في المخابر والعيادات والمشافي لتعقيم جميع الأدوات التي تتحمل الحرارة العالية كأدوات المعدنية الجراحية والزجاجيات.
- تتم باستخدام فرن : يعتمد على مبدأ تسخين الهواء وبالتالي يكون قاتل للأحياء الدقيقة بدرجات حرارة عالية لمدة زمنية طويلة.
- يحتاج استخدام الحرارة الجافة الى:
 - ساعتين بدرجة حرارة 160 مئوية.
 - ساعة بدرجة حرارة 171 مئوية.
 - نصف ساعة بدرجة حرارة 180 مئوية.

الحرارة الرطبة:

- تعتمد على بخار الماء المشبع في الصناديق الموصلة **Autoclave**.
- تشبه مبدأ عمل طناجر الضغط , ماء أسفل الجهاز وتسخينه بعد إغلاق محكم.
- تحتاج الى وقت أقل من الحرارة الجافة, وتحتاج الى :
 - 20 دقيقة عند درجة حرارة 121 مئوية.
 - 3 دقائق عند درجة حرارة 134 مئوية.
- تستخدم الحرارة الرطبة لجميع الأدوات المعدنية التي لا تتحمل درجات حرارة مرتفعة: ستانلس ستيل , الأدوات المعدنية التي تحوي على مطاط , بلاستيك , الأقمشة , الشاش , القطن

الطرق الكيميائية:

- لا يوجد الكثير من الطرق الكيميائية للتعقيم لعدم امكانية وصول المادة للمكان المطلوب وبالتركيز المطلوب

- أمثلة :

غلو تار ألدهيد : يستخدم في تعقيم منظار المعدة أو القصبات, اسمه التجاري سايتكس
ثنائي اوكسيد الإيتيلين : مادة سامة ومخرشة , تستخدم فقط في المعامل لتعقيم الأدوات وحيدة الاستخدام ولا تتحمل الحرارة (قناطر, محاقن بلاستيكية , سرنجات ...ألخ).

التطهير

- وهو العمل الذي يؤدي الى تخليص جزئي من الأشكال الحية للأحياء الدقيقة.
- للتطهير عدة مستويات وهي:
 - تطهير عالي المستوى : يستخدم للأدوات القريبة بتماس مع الأغشية المخاطية للمريض
 - تطهير متوسط المستوى : يستخدم للأدوات التي تماس الجلد السليم (جهاز الضغط).
 - تطهير منخفض المستوى : يستخدم للأدوات التي لا تماس جلد المريض (طاولة طعام المريض).
- وتقسم الى :
 - طرق فيزيائية.
 - طرق كيميائية.

طرق فيزيائية:

- أهمها الحرارة ... كل حرارة لا تصل لمستوى الحرارة المطلوب للتعقيم فهي عملية تطهير.
- يعتبر الغليان من طرق الفيزيائية للتطهير حيث تصل درجة الحرارة لل 100 درجة مئوية لمدة تتجاوز 3 - 5 دقائق.
- تقوم بقتل معظم الأحياء الدقيقة نستثني من ذلك الأحياء الدقيقة ذات الأبواغ, فيروس التهاب الكبد **B**

طرق كيميائية:

- تلعب دور هام في عملية التطهير , من أهم المواد الكيميائية المطهرة:
 - مركبات الفينول : مخرشة للجلد , تستخدم للسطوح والأرضيات مثال: الديتول.
 - الكحول الإيثيلي : مخرش للأغشية المخاطية , بتركيز 70% يكون تأثيره الأمثل.
 - مركبات اليود : أفضل المطهرات المستخدمة للجلد , تعطي مستوى عالي من التطهير...مثال: البوفيدون.
 - مركبات الكلور : لتطهير المياه والأراضي... مثال : ماء جافيل.
 - المؤكسدات : لتطهير الأنسجة الممتوتة ... مثال : الماء الأوكسجيني.
 - الكلورهيكزدين : مطهرات جلدية ... مثال : السافلون.

الغسيل

- يتبع للتطهير منخفض المستوى , وهو أمر لا غنى عنه عند التعقيم أو التطهير للأدوات والأشياء التي تحتوي مواد غريبة ظاهرة.
- مبدأ الغسيل يعتمد على الفعل الميكانيكي ... أي يتم سيلان الماء على الأدوات والسطوح المراد تطهيرها.
- لا يجب البدء بأي طريقة تطهير قبل عملية الغسيل..



1 فرك راحة اليد



2 بين الأصابع



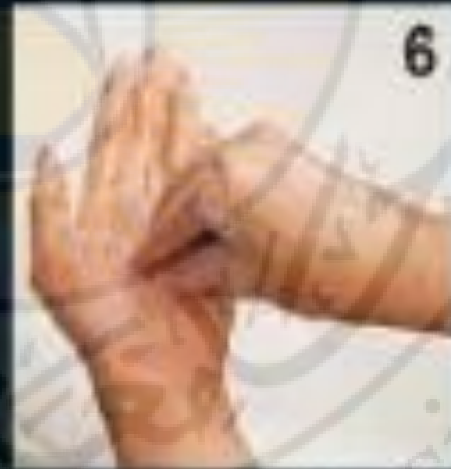
3 خلف اليد



4 حفرة الإبهام



5 ظهر الأصابع



6 الأظافر



7 الرسغ



8 غسل وتجفيف

صورة تُظهر كيفية القيام بتطهير الأيدي العام..





الفحص السريري



العلامات الحيوية

- **فحص الوعي :**

- وهو النافذة التي يطل منها الشخص على العالم الخارجي ونفحص سلامته من خلال السؤال عن لزمان والمكان الاشخاص.

- **الحرارة**

- تكون مرتبطة بالاستقلاب والنتاج القلبي . فانخفاض النتاج يؤدي إلى انخفاض الاستقلاب والذي يؤدي بدوره لانخفاض الحرارة .

- **معدل التنفس وإشباع الأوكسجين**

إنّ عدد مرات التنفس بين 12 - 20 مرة/د .

النبض : 100-60

الضغط الشرياني

الحرارة

- 37.2-36.1
- أماكن القياس:
- الشرج وهو الأقل زمناً، (1 – 3) دقائق ويفضل تركه 3 دقائق// 0.3-0.6
- الفم (3 - 5) دقائق عند البالغين
- تحت الإبط وهو الأطول زمناً (7 - 10) دقائق

الحرارة

- [?] يجب تطهير ميزان الحرارة بالكحول قبل وبعد استعماله في كل مرّة، حتى لو كان لنفس المريض .
- [?] يجب رج الميزان الزئبقي جيّداً (لإعادة الزئبق إلى المخزن) قبل الاستخدام للحصول على نتيجة
- دقيقة ثم وضعه في المكان المطلوب مدة مناسبة وبالنهاية قراءة الحرارة وتسجيلها، ثم
- تطهيره بالكحول من جديد وإعادته إلى مكانه

الضغط الشرياني

- الطبيعي : الانقباضي اقل من 120//الانبساطي اقل من 80
- ما قبل ارتفاع الضغط: الانقباضي 120-139 ///الانبساطي 80-89
- مرحلة أولى: انقباضي 140-159///الانبساطي 90-99
- مرحلة ثانية: انقباضي 160 او اكثر///الانبساطي 100 او اكثر

النبض

- يتم جسّه بإصبعين أو ثلاثة: .
- نلاحظ خلال الفحص :
- وجود النبض: مجسوس أم لا.
- امتلاء النبض: عميق أو سطحي .
- تناظر النبض: حيث يجب جس الكعبري في الطرفين بأن واحد .
- انتظام النبض أو عدمه.
- سرعة النبض: نقيس سرعة النبض خلال 15 ثانية ونضربها بأربعة في حال كان النبض منتظماً، أما في حال عدم انتظامه فيجب قياس النبض خلال دقيقة كاملة.
- القيم الطبيعية للنبض تتراوح بين 60 - 100 في الدقيقة .



- النبض العضدي
- النبض الكعبري
- النبض الفخذي
- النبض الظنبوبي الخلفي
- نبض ظهر القدم

الفحص السريري

- يتم فحص المريض من الرأس وحتى أخمص القدمين، ويبدأ فحصنا بتأمّل المريض، ويكون الفحص على الشكل الآتي:
- [?] فحص الوجه: من خلال التأمّل، لملاحظة وجود علامات مرضيّة (تدلّ على سحنة خاصة بمرض معين) كالشحوب والزرقة واللون اليرقاني وغيرها.
- [?] فحص العنق (تأمّل - جس - إصغاء) .
- [?] الفحص السريري للجهاز القلبي الوعائي: (تأمّل - جس - إصغاء).
- [?] فحص الصدر: (تأمّل - جس - قرع - إصغاء) .
- [?] فحص البطن: (تأمّل - جس - قرع - إصغاء)
- فحص الجهاز الحركي (تأمّل-جس-حركة).
- [?] فحص الأطراف: (دوالي - وذمات الأطراف السفليّة)

العلامات

- :
- [?] الشحوب : Paleness ينجم عن فقر الدم، ويظهر في الملتحمة وتحت الأظافر وبأثلام اليد.
- [?] اليرقان : Jaundice هو اصطباج الجلد والأغشية المخاطية باللون الأصفر نتيجة زيادة لبيليروبين .
- [?] الزرقة : Cyanosis هي اصطباج الجلد والأغشية المخاطية باللون البنفسجي أو الأزرق، وأكثر ما ترى في فصوص الأذن وذروة الأنف والشففتين وتحت اللسان وتحت الأظافر.
- [?] تبقرط الأصابع . Clubbing Fingers
- [?] الوذمة (احتباس السوائل) (Edema (Swelling of Body وخاصةً في الطرفين السفليين.
- [?] النبضان السباتي والوداجي.
- [?] النبض المحيطي.
- [?] كبر حجم البطن (الحن)
- [?] دوارن جانبي : Collateral Circulation نمو أوعية جديدة لتأمين طريق بديل للدم في حال انسداد أحد الأوعية .
- [?] دوالي : توسع في الأوردة السطحية، وهناك دوالي عميقة أيضاً .



