جامعة دمشق

كلية الطب البشري

مشفى الأطفال



دراسة أسباب النزف الهضمي العلوي عند الأطفال

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير) في طب الأطفال

إعداد الدكتورة راما سليمان شاش

رئاسة الأستاذ الدكتور سمير سرور

إشراف الأستاذ الدكتور مازن حداد

شكر وتقدير

﴿وقل ربّي زدني علماً﴾

هاهي السنون تنقضي حاملة معها أجمل الذكريات تاركة وراءها ماعانيناه من الصعاب و المشاق لنيل قسط يسير من حقيقة واسعة.....

ولا بد في نهاية المطاف أن أقف خجلاً أمام فضلكم يامن سيبقى ذكراهم في قلبي أبداً ,

أساتذتي الكرام في مشفى الأطفال وأخص بالذكر :

الأستاذ الدكتور:مازن حداد

الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على هذا العمل المتواضع,كما أتوجه بالشكر لأعضاء لجنة التحكيم:

الأستاذة الدكتورة:لينا خورري

الأستاذ الدكتور:أيمن البلخي

اللذين تفضلا بمناقشة هذا البحث ليخرج بصورته المثلى.....

عنوان الدراسة:

دراسة أسباب النزف الهضمي العلوي عند الاطفال

الدراسة النظرية:

تعاريف:(٢)

١) النزف الهضمي العلوي : هو النزف الذي مصدره فوق رباط ترايتز ويتظاهر غالبا بالإقياءالمدمى أو إقياء طحل القهوة مع أو بدون التغوط الزفتي. أما النزف الهضمي السفلي فيتظاهر بالخروج المدمى والذي يكون مصدره تحت رباط ترايتز ومن النادر أن يكون النزف العلوي بشكل خروج مدمى لكن هذا يحدث عندما يكون النزف كبير الكمية أو زمن العبور المعوي قصير.

٢) الإقياءالمدمى: إقياء لونه أحمر أو بني غامق مثل طحل القهوة وذلك حسب الفترة التي بقي الدم فيها في المعدة حيث يكون احمر إذا كان الوقت قصيراً وبني غامق إذا طالت هذه المدة وبما أن الدم الذي يتجاوز العفج نادرا ما يعود ويدخل المعدة فالإقياء الدموي يعني أن مصدر النزف أعلى من الصائم أي فوق رباط ترايتز.

٣) التغوط الزفتي: يحدث عندما تكون كمية الدم النازفة ٥٠-١٠٠ سم ويكون أسود بسبب تحول الهيم إلى هيماتين تحت تأثير حموضة المعدة والخمائر الهاضمة والبكتيريا ويكون اللون أسود أكثر كلما كان مصدره أعلى وحكما فوق الدسام الدقاقي الأعوري. يستمر اللون الزفتي لمدة ٣-٥ أيام من توقف النزف . يراجع حوالي ٥٠% من المرضى بإقياء مدمى و٧٠% بتغوط زفتي خلال أول ٨ ساعات من النزف .

الوبائيات:(٣)

نسبة حدوث النزف الهضمي العلوي غير محددة جيداً عند الأطفال لكنه يشكل حوالي ٢٠% من النزوف الهضمية عند الأطفال.

الأسباب : (٤)

تختلف حسب العمر و المنطقة الجغرافية مثلا في البلدان الغربية تعتبر أشيع الأسباب هي القرحات المعدية والعفجية– التهاب المري – التهاب المعدة ثم الدوالي. بينما في الهند أشيع سبب هو الدوالي وهذا يوجب اختلافا في الاستقصاءات .

يوضح الجدول التالي أشيع الاسباب حسب العمر:

الولدان	الرضع	الأطفال والمراهقين
ابتلاع الدم الوالدي	قرحة الشدة	تمزق مالوري وايس
عوز فيتامين k	الأدوية وخاصةNSAIDS	الأدوية وخاصة NSAIDS
قرحة الشدة	تمزق مالوري وايس	دوالي المري والمعدة
الرض (مثل NGT)	التشوهات الوعائية	الأجسام الأجنبية
التشوهات الوعائية	التضاعف المعدي المعوي	التهابات الأوعية
اضطرابات التخثر	دوالي المري والمعدة	الحرق بالكاويات
التحسس لبروتين حليب البقر	الانسداد المعوي	الانسداد المعوي
		الناعور

- نقص الفيتامين K يكون متوقعاً عند الولدان الذين لم يأخذوا فيتامين K وقائي.
- قرحة الشدة متوقعة في الأمراض الشديدة والخطيرة.
- اضطرابات التخثر تكون إما خلقية أو مكتسبة بسبب الانتانات أو القصور الكبدي .
- النزف الهضمي العلوي يحدث بسبب التحسس لبروتين حليب البقر .
- متلازمة ما لوري وايس تحدث بعد الاقياءات العنيفة.
- الدوالي أكثر ما تحدث عند الأطفال الذين لديهم فرط توتر وريد الباب .
- ابتلاع الأجسام الأجنبية تترافق بنوب من الشردقة حتى ولو عبر الجسم الأجنبي وحتى

بعد أيام أو أسابيع من ابتلاعه.

- النزف الهضمي الغزير غالباً يكون سببه وعائي شرياني.

يمكن تصنيف النزف الهضمي حسب مصدر النزف إلى:

١) آفات الأغشية المخاطية.

٢) أفات الأوعية الدموية.

المجموعة الأولى: (٥)

١) التهاب المري: قلس معدي مريئي– التهاب مري بالمبيضات – ابتلاع جسم أجنبي – خراج خلف المري – التهاب المري الجرثومي – التهاب مري تآكلي.

٢) متلازمة مالوري وايس.

٣) التهاب المعدة : أسباب دوائية – كحول – شدة – ابتلاع جسم أجنبي – الفيروسات (عقبول CMV) .

٤) قرحة الشدة : انتان الدم – التهاب السحايا والدماغ – التهاب الكبد – التجفاف – نقص السكر- الحروق – الأدوية.

٥) القرحة الهضمية : معدية –اثني عشرية – زولنجر أليسون.

المجموعة الثانية: (٥)

دوالي المري وسببه ارتفاع توتر وريد الباب .

القصة والفحص السريري(٦) :

القصة السريرية :

قصة قلس أو قرحة أو تعرض لشدة (حرق – رض على الرأس) تناول أدوية مخرشة– سوابق مرض كبدي – نقل دم – اصابات حول الولادة – قصة نزفية عائلية_الخروج الأسود .

الفحص السريري :

_المضض حول السرة والشرسوف يوجه نحو نزف الأغشية المخاطية.

_السلاق الفموي يوجه نحو التهاب المري بالمونيليا.

_اليرقان + ضخامات حشوية يوجه نحو فرط توتر وريد الباب.

_توسع الأوعية على الجلد يقترح توسع الأوعية في الجهاز الهضمي.

_الأكزيما ترافق التحسس لبروتين حليب البقر.

_الكدمات على الإليتين تترافق مع هينوخ شونلاين.

_تسرع القلب أفضل مؤشر لشدة للنزف الحاد.

مخبريات :(٣)

١) CBC-PT-PTT- GPT- GOT – BUN – Crea - اختبار Apot لتمييز الدم المبتلع عند الوليد .

والمرضى الذين لديهم نزف هام يجرى لهم تصالب لتأمين الدم .

Bun قد تساعد في تحديد مصدر النزف , حيث أن ارتفاعها بغياب مرض كلوي يتماشى مع النزف الهضمي العلوي أكثر من السفلي , لأن النزف العلوي لديه وقت أطول للامتصاص وهذا يرفع bun . إلا أن وجود bun طبيعية أو ناقصة لا ينفي النزف العلوي .

أسباب النزف الهضمي العلوي

١-التهاب المري الهضمي: (٤)

(١)- الشكل الأكثر شيوعا هوالعائد للجذر المعدي المريئي(٤):

٣٠٠١١ من الرضع لديهم قلس والآلية الأساسية هي النقص العفوي المتكرر في ضغط المعصرة السفلية للمري .

سريرياً:

يتظاهر القلس المعدي المريئي في معظم الحالات عند الرضع بالإقياء الشديد , أو ذات الرئة الاستنشاقية المتكررة,أو نقص كسب الوزن , ويعتبر النزف التظاهرة الكبرى

لالتهاب المري ومن الشائع أن يكون الدم الخفي بالبراز إيجابيا, ويحدث إقياء الدم عند بعض الأطفال.

فقر الدم بعوز الحديد شائع , الألم خلف القص أقل تواتراً وقد يسبب عسر بلع , هياج , قهم .

في الحالات الشديدة وعند المرضى غير المعالجين يؤدي التهاب المري إلى تضيق هضمي .

وفي حالات نادرة يلاحظ تشنج الحنجرة, بطء القلب , انقطاع النفس.

التشخيص:

التقييم السريري في الحالات البسيطة كاف لإرساء التشخيص والذي يثبت بتقييم الإستجابة للمعالجة.

التشخيص في الحالات الشديدة باستخدام الPH المري أو تصوير المري بالتنظير والتألق بمعونة الباريوم , تنظير المري مع أخذ الخزعات , التصوير الومضاني بالتكنسيوم, وحالياً يذكر دور الأمواج فوق الصوتية.

المعالجة: (٧)

١- وضعية الكب والأطفال الأكبر سناً رفع رأس السرير والحفاظ على الطفل منتصبا .

٢- تسميك الوجبة يقلل من بكاء الرضع وحجم دفقة القيء.

٣- الميتكلوبراميد بجرعة ٠.١٥ ملغ /كغ/ أربع مرات يومياً يقلل من الأعراض وينبه الإفراغ المعدي أو الدومبيريدون ٠.٥ ملغ/ كغ ٤ مرات يومياً.

٤- في حالات التهاب المري الهضمي : تعطى مضادات الحموضة في حالات التهاب المري الخفيفة أو حاصرات مستقبلات H2 أو مثبطات مضخة البروتون في حالات التهاب المري الشديدة.

٥- الجراحة في الحالات التي لا تستجيب للعلاج الدوائي لمدة شهرين.

أما الجراحة العاجلة[٨] في:

١- حالات الاستنشاق وانقطاع النفس المتكرر.

٢- هجمة التهاب مري قلسية مهددة للحياة.

٣- الفتوق المختلطة بالنزف الغزير.

٤- تقرح المري رغم المعالجة الطبية.

ويتم العمل الجراحي بعملية نيسن أو المعدل منها .

أما تضيق المري التالي لحدوث التهاب نتيجة الجذر يحتاج معالجة مضادة للجذر مع توسيع ثم جراحة. [٤]

(٢) التهاب المري الأكال (EROSION) : [٤]

تتلو تناول منتجات التنظيف المنزلية والعوامل الشائعة لحدوثه ٧٠% قلويات و٢٠% حموض والباقي مواد مبيضة ومنظفات وزجاجات الطفل الساخنة بشكل مفرط والبطاريات القرصية الحاوية أوكسيد الزئبق.

سريرياً: الألعاب, رفض الشرب , الغثيان , الإقياء, الألم الشرسوفي, الحروق , تقرحات فموية , الحمى , انثقاب المري في حالات نادرة وقد تتطور التضيقات على مدى أسابيع مسببة عسرة بلع وخسارة وزن.

قد تستدعي وذمة الحنجرة التنبيب الفوري.

يجب قبول الطفل في المشفى وعدم إعطائه شيء عن طريق الفم وتقديم السوائل الوريدية .

يجب أن يجرى تنظير المري والمعدة عند كل المرضى بغضون ٤٨ ساعة لتحديد درجة الحرق:

(درجة أولى) حيث تكون الأذية سطحية تشمل وذمة بالمخاطية و إحمرار .

(درجة ثانية)حيث تكون الأذية ممتدة للطبقات العضلية , وبالتنظير تشاهد قرحات مغطاة بنتحة بيضاء وتشكل ندبة ناضجة بعد ثمانية أسابيع عند معظم المرضى .

(درجة ثالثة) الحروق الدائرية الشاملة لكامل مقطع المري مع خشكريشات في المخاطية والتي تؤدي لتضيقات هامة في المري .

المعالجة :

يبقى التطبيق الباكر للستيروئيدات محتمل الفائدة إذا طبق في الدرجات الأولى أو الثانية من الحروق أما حروق الدرجة الثالثة التي تنتهي غالبا بالتضيق .

وبشكل عام عند استخدام الستيروئيدات الجهازية فإنه يجب أن تعطى لمدة تتراوح بين ١٠ أيام إلى ٣أسابيع وذلك حسب موجودات التنظير الهضمي العلوي الذي يجرى في اليوم العاشر لتطبيق الدواء حيث تعطى جرعة الميتيل بريدنيزلون بجرعة ١غ / م مربع أي بما يعادل ٣٠ مغ /كغ

بالنسبة للبريد نيزولون ليس له أي كفاءة في إنقاص نسبة التضيقات [٨].

في حالات الحرق الشديدة يفيد وضع Stent في اللمعة للإقلال من التضيق.

التعرف المبكر على التضيقات الآخذة بالتطور وتوسيعها أمر هام على صعيد الرعاية المستمرة.

الحالات التي لا تستجيب للتوسيع والانسداد التام تعالج بزرع المري يبقى للوقاية الدور الحاسم.

٣)القرحة الهضمية :[٤]

القرحة هي تفرق اتصال في الظهارة المعدية المعرضة للحمض أو الببسين. هناك قصة عائلية في ٢٠-٥٠% من حالات القرحة العفجية عند الأطفال.

العوامل الأخرى ذات الأهمية هي الزمرة الدموية وظروف الطقس والعادات الغذائية والشدة وإن العوامل ذات الصلة بالحمض أكثر أهمية بالقرحة الهضمية أما المقاومة النسيجية لها الأهمية الأكبر بالقرحات المعدية.

تلعب الـ Helicobacterالبوابية دوراً هاماً في التهاب المعدة والمرض الهضمي القرحي البدئي.

القرحة البدئية:(٥)

سريرياً:

تتظاهر الأعراض بالألم , الإقياء, ضياع الدم المعدي المعوي الحاد والمزمن , نسبة الحدوث العائلية المرتفعة ويحدث التهاب المعدة البدئي العائد لـ Helicobacter بصورة روتينية جنباً إلى جنب مع القرحات الهضمية البدئية.

في الشهر الأول تتجلى الأعراض بالنزف المعدي المعوي والإنثقاب.

بعد فترة الوليد وحتى عمر السنتين تتركز الأعراض على الإقياء المتكرر والنمو البطيء والنزف المعدي المعوي.

أما عند الأطفال في سن المدرسة فالأغلب ظهور الألم التالي للطعام حول السرة , ويبقى الإقياء والنزف أمران شائعا الحدوث.

تشابه المظاهر السريرية للمرض القرحي بعد عمر الـ ٦ سنوات تلك الموجودة عند الكهول وتتضمن الألم البطني الشرسوفي , خسارة الدم بشكل حاد أو مزمن بالطريق المعدي المعوي وإقياء الدم , التغوط المدمى, البراز الزفتي , والتي تؤدي غالبا لفقر الدم بعوز الحديد وسيطرة الإصابة عند الذكور.

في حالات نادرة عند المرضى الذين يعانون من خسارة الدم بصورة حادة أو مزمنة قد يؤدي الانثقاب في القرحة ضمن التجويف البطني والأعضاء المجاورة إلى حدوث الصدمة أو فقر الدم أو التهاب الصفاق أو التهاب المعثكلة وقد يحدث الانسداد المعوي الحاد أو المزمن في حال وجود درجة شديدة من الالتهاب والوذمة.(٤)

التشخيص: [٧]

يعتبر التنظير الهضمي الوسيلة الأكثر نفعاً في البحث عن المرض القرحي والتهاب المعدة عند الأطفال , أما الوجبة الوحيدة من الباريوم تضع اليد على واحدة من سبعة قرحات عفجية أثبت التنظير وجودها ويمكن استخدام جرعة مضاعفة لإعطاء نتائج أفضل لكنها تزيد من نسبة التعرض للأشعة وتغفل وجود ٥٥% من القرحات المعدية و٣٠% من القرحات العفجية.

من الشائع حدوث التهاب في المخاطية التي تبدو طبيعية أثناء التنظير مما يجعل أخذ الخزعات أمرا ضرورياً.

لا يمكن وضع تشخيص السحجات و القرحات السطحية إلا وقت التنظير فقط والذي يمكن اللجوء إليه أيضاً لضبط النزف وقت وضع التشخيص.

الصورة البسيطة تشخص حدوث الانثقاب في القرحة الحادة.

في حالة النزف الكتلي لا يمكن غسل المعدة بشكل كاف لإجراء التنظير عندها يمكن لتصوير الأوعية ان يبدي مكان النزف ويسمح بحقن المقبضات الوعائية لضبط النزف.

المعالجة:[٤]

هدف المعالجة تسريع شفاء القرحة وتحقيق الراحة من الألم ومنع حدوث الاختلاطات.

تدبير المرحلة الحادة ذكر في المقدمة.

خطط معالجة الـ Helicobacter عند الأطفال:(٤)

١- الأوميبرازول مع الكلاريترومايسين مع الميترونيدازول لأسبوعين .

٢- ميترونيدازول لمدة اسبوعين مع تحت ساليسيلات ا لبزموت لمدة أربعة أسابيع

٣- أموكسيسيلين مع تحت ساليسيلات البزموت لمدة ستة أسابيع.

٤- أموكسيسيلين مع تينيدازول لمدة ستة أسابيع.

ويسود الجدل حول اختيار من يحتاج إلى علاج للـ Helicobacterلأنها تستعمر نسبة كبيرة من الناس بشكل عرضي ويكون استطباب استئصال الـ Helicobacter ملحاً:

١- إن كان لدى المريض مرض قرحي فعال أو صامت وبشكل نازف أم لا.

٢- الذين يخضعون لمعالجة طويلة الأمد للعلاج بمثبطات مضخة البروتون, لمرضى القلس المعدي المريئي, وعند المرضى ذوي الدرجة المتدنية من اللمفوما المرافقة للأغشية المخاطية , أو بعد المعالجة الجراحية للمرض القرحي الهضمي . يجب إزالة العامل المسبب إن كان ممكناً.

وإن ضبط الحموضة المعدية حجر الأساس في المعالجة وينبغي أن تستمر لـ ٦ أسابيع إن كان المريض يعاني من مرض فعال.

تستخدم مضادات الحموضة لتعديل الحمض حالما يتم إفرازه والقدرة الدارئة لها مختلفة ومعظمها عبارة عن مزيج من أملاح المغنيزيوم والألمنيوم.

تستخدم حاصرات مستقبلات الهيستامين نمط ٢ لكبت إفراز الحمض على نحو واسع ويستخدم السميتيدين بجرعة ٢٠-٤٠ ملغ/كغ/٢٤ساعة على أربع

جرعات أو الرانتيدين ٤-٦ ملغ/كغ/٢٤ساعة على جرعتين وهي تمتص بسرعة ويمكن أخذها مع الوجبات ويمكن إعطاؤها وريدياً. [٨]

أقوى العوامل المضادة لإفراز الحمض هي مثبطات مضخة البروتون مثل الأوميبرازول واللانسوبرازول وتدخل ببرنامج استئصال الـ Helicobacter وهي على شكل محافظ حاوية حبيبات من الممكن مضغ الحبيبات أو حلها في بيكربونات الصوديوم لتأمين وصولها إلى الأمعاء الدقيقة.

تشكل السوكرلفات مادة بيضاء تشبه المعجون في البيئة الحمضية وتلتصق بالقرحات والمخاطية الملتهبة وجرعتها ١٠ مل / ٤ مرات يومياً على معدة فارغة.

الميزوبروستول وهو مشابه للبروستاغلاندين أبدى كفاءة لشفاء القرحات المترافقة مع استخدام مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية و الوقاية من حدوثها والدراسات عند الكهول تبدي أفضلية الأوميبرازول في علاج القرحات المرافقة لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية. [٤]

العلاج الجراحي ذكر في المقدمة.

المرض القرحي الثانوي أو الناجم عن الكرب:[٦]

الأسباب لا تزال غامضة ويعتقد بدور العوامل المؤثرة على آليات الدفاع الثوي, كما يعتقد أن للجريان الدموي في المخاطية دور هام في قرحات الكرب الحادة , وتتضمن العوامل الأخرى إنتاج المخاط , وتركيب البروستاغلاندين , وانتاج الحمض والتكاثر الخلوي.

التظاهرات السريرية:

تعود قرحات الكرب عند الرضع إلى الإنتان أو القصور القلبي أو التنفسي أو الرض أو التجفاف وعند الأطفال الأكبر سناً تكون على علاقة بالرض أو الحالات الأخرى المهددة للحياة.

تدعى قرحات الكرب المترافقة مع الحروق بقرحة curling وهي مترافقة مع إفرازات معدية طبيعية وهي أكثر شيوعاً عند المرضى الذين تزيد نسبة الحرق لديهم عن ٢٥% من سطح الجسم . تتلو قرحة cushing رض الرأس أو الجراحة وتترافق مع فرط الإفراز المعدي.

تتصف معظم قرحات الكرب بكونها لا عرضية ومعقدة ويمكن أن تترافق مع النزف أو الإنثقاب

٤)**التهاب المعدة**(٤) : تلعب helicobacter دوراً هاماً في التهاب المعدة و المرض القرحي البدئي وتستقر معظمها في المخاط المغطي للظهارة , ولا يعرف إن كانت تسبب قرحة أم تحافظ عليها , ويترافق التخلص منها مع شفاء المرض القرحي ومنع المعاودة .

ليس لل helicobacter مستودع حيواني أو نباتي ويزداد معدل الخمج مع العمر . حيث يتم استعمارنصف الأطفال في البلدان النامية بعمر ١٠ سنوات والكهول بنسبة ٨٠ % . أما في البلدان المتقدمة فإن الاستعمار في مرحلة الطفولة غير شائع و ٤٠ % عند الكهول .

طريق انتقالها غير معروف ويعتقد أن يكون عن طريق اللعاب أو البراز أو القيء .

التشخيص يكون بالزرع المباشر وهو صعب لأنه يحتاج سبعة أيام .

ولكن بسبب التراكيز العالية من ال urease في الجرثوم فإن وضع خزعة من المعدة في وسط

يحوي بولة يؤدي إلى تشكل الأمونيا وانخفاض ال ph , ويلاحظ التفاعل الإيجابي في غضون ساعة , وتبلغ حساسية الاختبار ونوعيته ٩٥% عند الكهول وليس له حساسية كهذه عند الأطفال بسبب حالة الحمل الجرثومي .

كذلك يمكن وضع التشخيص بالفحص المجهري لخزعة غار المعدة ورؤية العضيات المجهرية باستخدام ملون غيمزا

اختبار النفس بعد تناول البولة الموسومة بالكربون ١٣ أو ١٤ حيث تستقلب ال helicbacterالبولة وتنتج CO2 الموسوم الذي يتم كشفه في النفس وحساسية ونوعية الاختبار ٩٠% .

وعند اللجوء للتنظير يمكن للفحص المباشر للبولة في الخزعات أو الفحص المجهري للعينة أن يقدم عونا للتشخيص .

٥-فرط توتر وريد الباب(٢):

يعتبرارتفاع توتر وريد الباب فوق ١٠-١٢ ملم سببا رئيساً للمراضة والوفيات عند الأطفال المصابين بالمرض الكبدي .

الأسباب: انسداد جريان الدم (قبل الكبد - ضمن الكبد - بعد الكبد).

- ارتفاع التوتر البابي خارج الكبد :

١-خثار وريد الباب .

٢-خثار الوريد الطحالي.

٣- الناسور الشرياني الوريدي.

- ارتفاع التوترالوريد البابي ضمن الكبد:

التشمع _ تليف الكبد الخلقي _ داء ويلسون _ عوز ألفا١أنتي تريبسين _ أدواء خزن الغليكوجين _ الأدوية كالميتوتريكسات و التغذية الوريدية_ رتق الطرق الصفراوية _ الداء الليفي الكيسي _ كيسات الصفراء _ التهاب الطرق الصفراوية المصلب .

ارتفاع التوتر الوريد البابي بعد الكبد :

متلازمة بود كياري _ المرض الوريدي الساد_ارتفاع التوتر البابي المجهول السبب.

سريرياً : يعتبر النزف التظاهرة الرئيسية لدوالي المري , ويتعرض اللأطفال إلى هجمات متكررة من النزف المهدد للحياة ويمكن أن يتوقف النزف عفوياً عندما تكون وظيفة الكبد

طبيعية , وتكون المسألة صعبة في حال وجود خلل بالوظيفة الكبدية .

ضخامة الطحال الناتجة عن فرط الطحالية هي العرض الثاني الأكثر شيوعاً.

وقد تكون علامات المرض الكبدي موجودة مثل (اللون اليرقاني _ الحمامى الراحية _ العنكبوت الوعائي _ الحبن _ توسع الأوعية حول السرة) .

٦)فرفرية هينوخ شونلاين(٥):

التهاب في الأوعية الدقيقة , وعادة تتلو انتان تنفسي علوي , أكثر شيوعاً عند الأطفال بعمر ٢ - ٨ سنوات , تكثر في فصل الشتاء , الذكور ضعفي الإناث . نسبة الحدوث 9\100000 المرض مجهول السبب, وهو متواسط بالIgA حيث أظهرت الدراسة الومضانية ترسبات من IgA و C3 في الأوعية الدقيقة للجلد والكبب الكلوية .

سريرياً : قد يكون البدء حاداً وتظهر الأعراض مع بعضها , أو تكون الأعراض متوالية خلال أسابيع أو أشهر . حرارة منخفضة وتعب في أكثر من نصف المرضى .

- اندفاعات بقعية حطاطية لونها زهري يزول بالضغط تسمى الفرفرية المجسوسة , يمكن أن تظهر خلال بضعة أيام وتدوم ٣ – ٤ أشهر . يمكن أن يحدث وذمة بالأجفان أو الصفن .
- التهاب مفاصل في ثلثي الحالات , وغالباً في الركبة والكاحل .
- الإصابة الهضمية تتظاهر بألم بطني متقطع , ؟إسهال مع أو بدون دم , إقياء مدمى , قد يحدث انغلاف أمعاء .
- الإصابة الكلوية تحدث في ٢٥ -٥٠ % من الأطفال , وأشيع الاختلاطات تكون كلوية . يمكن أن يحدث ضخامة كبدية طحالية , وضخامات عقدية , ويمكن أن تصاب الجملة العصبية المركزية والعين والقلب و البنكرياس .

الوسائل التشخيصية : (٦)

١)التنظير الهضمي العلوي : هو الوسيلة التشخيصية المثلى للنزف الهضمي العلوي .
يجب إجراء التنظير خلال ٢٤ – ٤٨ ساعة للرضع والأطفال الذين لديهم نزف حاد وغزير , وخاصة إذا كان هناك حاجة إلى نقل دم و عند الأطفال الذين لديهم نزف منخفض الدرجة غير مفسر ومستمر أو متكرر .
المريض الغير مستقر هيموديناميكياً يجب أن لا يجرى له تنظير إلا بعد أن يستقر , عن طريق نقل الدم وتصحيح اضطرابات التخثر إن وجدت .
طريقة إجراء التنظير عند الأطفال تشبهها عند البالغين مع بعض الاعتبارات:
١)يحتاج الأطفال إلى تهدئة أو تخدير عام ,وحسب بعض الدراسات يكون التخدير العام أفضل من التهدئة من حيث الاختلاطات . ويجب أن يراقب الطفل بالمونيتور أثناء عملية التنظير .
٢)صغر قطر أنبوب التنظير يقلل حجم القثاطر التي يمكن أن تدخل عبر قنواته .
٣)يمكن إجراء ربط دوالي المري .

تترك الجراحة و التصوير الوعائي للحالات التي يفشل فيها التنظير في إيقاف النزف , أو الذين لديهم شذوذات تشريحية تتطلب الجراحة , أو المرضى الغير مستقرين حتى بعد نقل الدم .
الصورة البسيطة: تفيد في كشف الأجسام الأجنبية , وفي كشف الانسداد أو الانثقاب الهضمي .

الإيكو : لتشخيص ارتفاع توتر وريد الباب وضخامة الطحال

التدبير:(١)

كيف يتم التعامل مع مريض لديه نزف هضمي علوي:

أ) النزف الحاد الغزير:

١) فحص علامات حيوية + قصة و فحص سريري دقيق.

٢) أنبوب أنفي معدي , إذا كان الدم إيجابي , نقوم بغسل المعدة بسالين حتى يصبح السائل رائقا . ثم نجري تنظير هضمي علوي وأحيانا صورة ظليلية بالباريوم للمعدة والأمعاء .

نجري تصوير للشرايين (الزلاقي–المساريقي العلوي)إذا كانت الدراسة السابقة سلبية .

أما إذا كان الدم سلبي بالأنبوب بالأنفي المعدي عندها نقوم بدراسة النزف الهضمي السفلي.

ب) النزف المزمن الخفي :

١) فحص علامات حيوية + قصة و فحص سريري دقيقين.

٢) فحص منطقة البلعوم والأنف .

٣) مس شرجي وفحص براز.

٤) وضع أنبوب أنفي معدي فإذا كان الدم إيجابي يجري تنظير هضمي علوي وأحيانا ظليلية للمعدة والأمعاء . أما إذا كان الدم سلبي نجري دراسة نزف هضمي سفلي .

النزف الهضمي الحاد :**التدبير الإسعافي** (٢) :

١) تحديد كمية الدم النازف سريريا وذلك بمراقبة تسرع القلب – الشحوب – التعرق.

نقص امتلاء الأوعية الشعرية – هبوط الضغط الانتصابي حيث أن هبوط الضغط الانقباضي ١٠مم ز أو أكثر مع زيادة معدل القلب ١٢٠\د اثناء الانتقال من الاضطجاع إلى الجلوس توحي بفقدان اكثر من ٢٠% من حجم الدم. في حين أن الخضاب

والهيماتوكريت غير موثوقين لتحديد كمية النزف بسبب بطء تمديد الدم

٢) وضع المريض بوضع استلقاء ورفع الطرفين السفليين للأعلى وإعطاء أوكسيجين وفي حال وجود إقياءات دموية يوضع مع رفع الرأس ٣٠-٤٥ درجة لمنع الاستنشاق.

٣) فتح طريق وريدي أو تجريد وريد أو قثطرة تحت الترقوة أو طريق عبر العظم .

٤) تعويض دم أو كريات حمر أو سوائل معيضة حسب الحالة السريرية .

٥) قثطرة بولية لمراقبة حجم البول كل ساعة للحفاظ على إدرار بولي بمقدار ٣-٥ مل|كغ ساعة للوقاية من حدوث النخر الأنبوبي التالي للصدمة .

٦) بعد تصحيح نقص الحجم وإعادة النتاج البولي تتم متابعة السوائل الوريدية حسب استمرار النزف مع مراقبة الضغط الوريدي المركزي .

٧) عند وجود قصة إصابة كبدية أو تطاول PTT يعطى ٥ – ١٠ مغ فيتامين k وريدياً فوراً .

يفضل نقل الكريات الحمر المكثفة بكمية ١٠ مل /كغ , حيث أنها تحوي كمية أقل من الأمونيا الموجودة في الدم الكامل , وهذا مهم عند المرضى المصابين بمرض كبدي .

في حال استمرار النزف فإنه من الأفضل نقل الدم الكامل , وتستخدم مضخة تنقل الدم بشكل ثابت ومستمر .

ومن اختلاطات نقل كميات كبيرة من الدم : فرط سيترات الدم _ فرط حمض اللبن _ نقص كلس الدم _ نقص عوامل التخثر _ نقص الصفيحات .

لذلك يعطى الكلس وريدياً , كذلك تعطى البلاسما الطازجة المجمدة بمقدار ١٠ مل/كغ بعد إعطاء ٤٠-_٥٠ مل/ كغ من الدم الكامل أو الكريات الحمر المكثفة , وكذلك يجب مراقبة

الصفيحات عند هذا الرقم وتنقل حسب الحاجة .

التدبير النوعي للآفة المسببة :

١)مثبطات مضخة البروتون : مستطبة في حالات النزف الهضمي عند الأطفال بالرغم من أن الفائدة من استخدامها في هذه الأعمار غير مثبتة .

عند البالغين توجد دراسات حول تأثير مضادات الحموضة قبل أو بعد التنظير (مع أو بدون مداخلات علاجية). حيث أن التسريب الوريدي لمثبطات مضخة البروتون بجرعات عالية لمرضى النزف الناجم عن قرحة هضمية قلل من عودة النزف مقارنة بالعلاج التقليدي بشكل ملحوظ .

القسم العملي

دواعي البحث: للنزف الهضمي عند الأطفال أسباب عديدة تختلف حسب العمر والمنطقة الجغرافية وبالتالي يجب أن تكون الوسيلة التشخيصية موجهة أولا حسب السبب الأشيع ولذلك من المفروض معرفة أهم الأسباب في بلدنا لتحديد وسيلة التشخيص الأولى لكل فئة عمرية.

هدف الدراسة : إلقاء الضوء على واقع النزف الهضمي العلوي في مشفى الأطفال من ناحية أهم الأسباب والأعراض التي يراجع بها الأطفال الذين لديهم نزف هضمي علوي والطرق التشخيصية الأنسب .

طريقة الدراسة : أجريت الدراسة في مشفى الأطفال بدمشق للأطفال الذين راجعوا المشفى من تاريخ ٢٠١٠\١١ حتى تاريخ٢٠١٤\١٢
تم التركيز على الأسباب الهضمية للنزف أي تم استبعاد أمراض الدم والصفيحات ومتلازمة الدم المبتلع.

تمت الدراسة في مشفى الأطفال جامعة دمشق في الفترة الممتدة بين ٢٠١٠_٢٠١٤ وكان عدد الحالات في الدراسة ١٤٦ حالة بدراسة راجعة من بداية شهركانون الثاني ٢٠١٠وحتى نهايةشهركانون الأول ٢٠١٤وتمت الدراسة الراجعة بالعودة الى أضابير المرضى المقبولين في المشفى والمصنفين تحت تشخيص نزف هضمي علوي أو المصنفة بتشخيص : (التهاب مري _قلس معدي مريئي _فتق حجابي _قرحة الشدة _ قرحة هضمية_التهاب معدة _التهاب عفج _دوالي المري _فرط توترورويد الباب _ هينوخ شونلاين _مالوري وايس _إلخ)
تم تصنيف الحالات إلى فئات عمرية ثلاث (ولدان – رضع – أطفال ومراهقين)ثم تحديد السبب الأشيع للنزف بشكل عام ثم لكل فئة عمرية وبالتالي وسيلة التشخيص الأولى للأطفال في مشفانا ولكل فئة عمرية على حدى .

تم استبعاد حالات النزف الهضمي التي تكون ناجمة عن اختلاط الأمراض الدموية مثل نقص الصفيحات والابيضاضات واللمفومات والأورام والتخثر المنتشر ضمن الأوعية وعوز عوامل التخثر لأن الدراسة تركز على الأسباب الهضمية للنزف الهضمي العلوي والطرق التشخيصية. ثم قورنت نتائج الدراسة مع دراسة سابقة أجريت في الأردن وهي أيضا بعنوان النزف الهضمي العلوي وذلك في عام ١٩٩١.

الحدوث :

الجدول رقم (١) التالي يبين توزع الحالات على سنوات الدراسة :

السنة	عدد حالات القبول العام	عدد حالات النزف الهضمي العلوي	النسبة المئوية
٢٠١٠	١٣٣٣٤	٣٦	%٠,٢٧
٢٠١١	١١٢٠٠	٢٨	%٠,٢٥
٢٠١٢	١٠٣٥٨	٢٩	%٠,٢٨
٢٠١٣	١١٧٤٠	٢٧	%٠,٢٣
٢٠١٤	٨٩٦٦	٢٦	%٠,٢٩

نلاحظ من الجدول السابق أن نسبة حدوث النزف الهضمي العلوي نسبة للقبول العام كانت ثابتة تقريبا تتأرجح قليلا حول ٠,٢٥%.

فيما يلي جدول رقم (٢) يبين نسبة أسباب النزف الهضمي العلوي عند كل فئة عمرية على حدة حيث تم التصنيف إلى ثلاث فئات عمرية :

الولدان (من عمر اليوم حتى عمر الشهر).

الرضع (من عمر الشهر حتى عمر السنة).

الأطفال (من عمر السنة حتى عمر ال١٤ سنة).

فيما يلي الجدول رقم (٢) :

	دراستنا			الدراسة المقارنة		
النزف الهضمي العلوي	الولدان	الرضع	الأطفال	الولدان	الرضع	الأطفال
قرحة الشدة	٢	١٥	٤	١٠	٣	١
الأدوية		٨	١٣		١٠	٢
التهاب المري	١٣	١١	٢	٢	٩	١
تمزق مالوري وايس		٦	١٢			
القرحة الهضمية		١	٩		٢	٧
دوالي المري والمعدة		٥	٩		١	٤
داء كرون			٥			٤
التحسس لبروتين حليب البقر	٢	٢				
التهاب المعدة		١	٢			
غيرمشخصة	٤	٨	١٥	٢	٣	١
العدد الكلي للحالات	٢١	٥٥	٧١	١٤	٢٨	٢٠
النسبة المئوية	%١٥	%٣٧	%٤٨	%٢٢,٥	%٤٥,١	%٣٢

نلاحظ من الجدول السابق:

أن أعلى نسبة حدوث للنزف عند الولدان كانت بسبب التهاب المري (فتق حجابي – قلس معدي).

أما في الرضع فكانت قرحة الشدة تليها التهاب المري.

أما عند الأطفال فلم يشخص قسم منها وكان للأدوية وخاصة مضادات الالتهاب غير

الستيروئيدية حيز واسع من أسباب النزف الهضمي العلوي .

ربما يعود سبب ارتفاع حالات التهاب المري النازفة إلى كثرة حالات التهاب المري المقبولة في المشفى في حالة الولدان , كون أن أغلب الولدان الذين يتطور لديهم نزف هضمي علوي مجهول السبب ,أي لا يوجد قصة ابتلاع دم والدي أو اضطراب في عوامل التخثر يتم تحويلهم إلى مشفى الأطفال بدمشق من أجل المتابعة والعلاج كونه أفضل مشفى للأطفال في سورية.

وبالمقارنة مع الدراسة الأردنية كما في الجدول السابق نجد أن التهاب المري وقرحة الشدة هما الأكثر شيوعا وذلك متوافق مع دراستنا.

جدول رقم (٣) يبين تواتر الأعراض حسب المرض المسبب :

الأعراض	التهاب مري		قرحة بدئية		قرحة شدة		دوالي مري		دوائي		داء كرون		غير مشخص	
ألم بطني دراستنا	٢	٨ %	٩	٩٠ %	٤	١٩ %	٨	٥٧ %	١٤	٦٧ %	٥	١٠٠ %	١٠	٣٧ %
الدراسة المقارنة			٩	١٠ %٠	٦	٥٤ %			٦	٥٠ %	٣	٧٥ %		
ترفع حروري دراستنا		١٥ %			١٦	٧٦ %	٥	٣٦ %	٢٠	٩٥ %	٣	٦٠ %		
الدراسة المقارنة					٢	١٨ %			٤	٣٣ %				
ألم خلف القص دراستنا	٢	٨ %	٣	٣٠ %			٥	٣٦ %						
الدراسة المقارنة	٢	١٦ %	١	١٠ %										
شحوب دراستنا	٥	١٩ %	٥	٥٠ %	١٠	٤٨ %	١٢	٨٥ %	٣	١٤ %				
الدراسة المقارنة	٤	٣٣ %	٥	٥٥ %	٦	٥٤ %	٥	١٠٠ %						
ذات رئة متكررة دراستنا	٧	٢٧ %					١	٧ %						
الدراسة المقارنة														
فشل نمو دراستنا	٨	٣١ %					٤	٢٩ %			٣	٦٠ %	٤	٩٥ %

الدراسة المقارنة														
اقياءات دراستنا	٧	٢٧ %	٨	٨٠ %	١٥	٧٢ %	٢	١٤ %	١	٥ %	١	%٥		
الدراسة المقارنة														
كبر حجم البطن دراستنا							٦	٢٩ %						
الدراسة المقارنة														

يلاحظ من الجدول السابق أن الألم البطني موجود في ٩٠% من حالات القرحة الهضمية وفي كل حالات داء كرون و٦٧% من مرضى القرحات الدوائية.

كما لوحظ أن الترفع الحروري شوهد في ٩٥% من مرضى القرحات الدوائية, كون السبب أغلب الأحيان الترفع الحروري الشديد الفيروسي, والاستخدام العشوائي لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية في تخفيضها.

كما لوحظ الترفع الحروري عند ٧٦% من مرضى قرحات الشدة كون السبب في معظم الأحيان

الانتان الشديد ,والأطفال يكونو مدنفين سواء بمرض أو بعد تعرضهم لعمل جراحي كبير أو حاجتهم لجهاز التهوية الالية.

لوحظ كبر حجم البطن في ٢٩% من مرضى دوالي المري.

لوحظ الشحوب عند٨٥% من مرضى دوالي المري كون أغلب المرضى كان لديهم نزف متكرر والدوالي كانت درجة رابعة عند نسبة لا بأس بها من المرضى.

لوحظ أن الألم البطني كان موجودا في أغلب الحالات في القرحة الهضمية وفي داء كرون في كلتا الدراستين.

وكان الشحوب أكثر تواترافي دوالي المري ثم القرحة الهضمية ثم قرحة الشدة على التوالي في كلتا الدراستين.

وسائل التشخيص في التهاب المري :

أجريت الصور الشعاعية البسيطة والظليلة والتنظير الهضمي العلوي لجميع الأطفال (٢٦) الذين شخص لديهم التهاب مري

ومن بين الأضابير وجد أضبارة لطفل وحيد مجرى له ومضان بالتكنيسيوم بسبب فشل النمو الشديد لديه حيث عمره ٣سنوات ووزنه ٩ كغ وطوله ٧٥ سم بما يناسب طفل عمره سنة, حيث كان الومضان إيجابي وشخص له قلس معدي مريئي .

الجدول رقم (٤):

وسائل التشخيص في التهاب المري					
		دراستنا		الدراسة المقارنة	
التصوير الظليل أجري ل٢٦ حالة	قلس معدي مريئي	١٠	%٣٨		
	قلس معدي مريئي مع فتق حجابي	٣	%١١,٥	٤	%٣٣,٣
	قلس معدي مريئي مع فتق انزلاقي	١١	%٤٢	٨	%٦٦,٦
	طبيعي	٢	%٧,٦		
الومضان بالتكنيسيوم		أجري لحالة واحدة وكان إيجابي			
		دراستنا		الدراسة المقارنة	
التنظير	علامات التهاب مري فقط	٢٢	%٨٤	١٢	%١٠٠
	علامات التهاب مري	٣	%١١		

	مع فتق انزلاقي				
	طبيعي	١	%٣,٨		

أي أن التنظير الهضمي العلوي هو وسيلة التشخيص الأكثر موثوقية في تشخيص التهاب المري.

قرحة الشدة والقرحة الهضمية والقرحة الدوائية .

أجريت الصور الشعاعية البسيطة لجميع الأطفال المشخص لديهم قرحات دوائية وغير دوائية وأيضا أجري التنظير الهضمي العلوي لكل الأطفال المشخص لديهم قرحات سواء كانت دوائية أو غير دوائية.

الجدول التالي يوضح ذلك رقم (٥) :

وسائل التشخيص في القرحات الدوائية والقرحات غير الدوائية							
		دراستنا			الدراسةالمقارنة		
شعاعيا	الصورة البسيطةللقرحة الدوائية	طبيعية	١٨	%٨٥	٣	%٦٠	
		هواء حر	٣	%١٥	٢	%٤٠	
	القرحة غير الدوائية	طبيعية	٢٩	%٩٣			
		سويات	٢	%٧			
تنظيريا	القرحات الدوائية	تقرحات سطحية نازفة	١٦	%٧٦	٩	%١٠٠	
	القرحات غير الدوائية	تقرحات سطحية	١٨	%٥٨			

إن الوسيلة المؤكدة للتشخيص هي التنظير الهضمي العلوي.

أما الوسيلة المشخصة في قرحات الشدة المختلطة بالانثقاب هي الجراحة ,وذلك بعد توجه

سريري من خلال الإقياء وتطبل البطن وتوقف خروج الغائط ,وتوجه شعاعي بوجود سويات سائلة غازية أو هواء حر تحت الحجاب.

وسائل تشخيص دوالي المري:

جدول رقم (٥):

الصورة الظليلة أجريت لكل الحالات(١٤)	دوالي مري	٧	٥٠%
	طبيعية	٧	٥٠%
الايكو دوبلر أجري لكل الحالات(١٤)	فرط توتر وريد الباب	٧	٥٠%
	خثرة وريد الباب	٥	٣٥,٧%
	يصعب تقييم الجملة البابية	٢	١٤%
التنظير	دوالي مري	١٤	١٠٠%
خزعة الكبد أجريت ل١١ حالة	التهاب كبد فعال	١	
	تشمع صغير العقيدات	٣	
	رتق طرق صفراوية	٢	
	التهاب طرق صفراوية مصلب	١	
	تليف كبد خلقي	٢	
	طبيعية	٢	

نلاحظ من الجدول أهمية التنظير الهضمي العلوي في تشخيص كل حالات دوالي المري ,مع تحديد درجتها من الدرجة الأولى إلى الدرجة الرابعة ولذلك أهمية في التنبؤ بالحالات الأكثر عرضة للنزف.

أتت أهمية الأيكو دوبلر في كشف السبب الباطن لدوالي المري خاصة حالات خثرة وريد الباب

الحالات التي لم يتم فيها تعيين مكان النزف :

جدول رقم (٧):

العمر	الأعراض	الدم الخفي	الخضاب والصفيحات	pt	التنظير
الولدان٤ حالات	اقياء دموي مع تغوط زفتي	ايجابي	طبيعي	طبيعي	لم يجرى
الرضع ٨ حالات	اقياء طحلي مع ألم بطني	٣حالات+ ٥حالات_	طبيعي	طبيعي	طبيعي
الأطفال	اقياء طحلي ٤حالات	حالتين+ حالتين_	طبيعي	طبيعي	طبيعي
	اقياء طحلي مع شحوب ٤حالات	٤حالات+	٨_٩_٦_٩ حالة احتاجت نقل دم	طبيعي	طبيعي
	اقياء طحلي مع ألم بطني	٣حالات+ ٤حالات-	طبيعي	طبيعي	طبيعي

في الحالات التي كانت دراستها سلبية من ناحية التنظير الهضمي العلوي والدم الخفي والتحاليل

المخبريةتم توقف النزف عفويا , علما أن التنظير الهضمي العلوي أجري خلال ٤٨_٧٢ ساعة من حدوث النزف

يوجد٥ حالات تخرجت على مسؤولية الأهل

يوجد٤ حالات كان لديهم الدم الخفي ايجابي وراجعوا المشفى بعد شهر وكان وضع الطفل

طبيعي دون تكرر النزف أو أي أعراض أخرى

المتابعة :

تم متابعة ١٥ طفل من التهاب المري لمدة تراوحت من شهرين وحتى ٢ سنة ولوحظ من المتابعة :

تكرر النزف في حالتين :

-الحالة الأولى (فتق حجابي) عاد النزف بعد حوالي ٣ أشهر خضع على أثرها الطفل لعمل جراحي (اصلاح الفتق) ولم يتكرر بعدها.

-الحالة الثانية (فتق حجابي) بعد حوالي ٥ أشهر من الأصلاح الجراحي ولم يتكرر بعدها.

_تم متابعة ١٠حالات من دوالي المري حيث لوحظ تكرر النزف عند المرضى المصابين بدوالي مري درجة رابعة حيث احتاج ٧من المرضى إلى تصليب للدوالي مع تباعد في فترات حدوث النزف بعد إجراء التصليب.

-في حالات القرحة الدوائية لوحظ عدم تكرر حدوث النزف وتم مراقبة القرحات الهضمية التي اتبعت نظام علاجي وذلك لحوالي ٨ مرضى حيث لوحظ عدم تكرر حدوث النزف.

-إن أكثر المرضى الذين تعرضوا لمشكلة عودة النزف هم مرضى دوالي المري.

المعالجة :

جدول رقم(٨):

الإصابة	عدد الحالات	معالجة محافظة		معالجة جراحية	
التهاب مري	٢٦	٢٣	%٨٨,٥	٣	%١١,٥
دوالي المري	١٤	٧	%٥٠	٧	%٥٠
القرحة الهضمية	١٠	٩	%٩٠	١	%١٠
قرحة الشدة	٢١	١٦	%٧٦	٥	%٣٤
تمزق مالوري وايس	١٨	١٨	%١٠٠		
داء كرون	٥	٤	%٨٠	١	%٢٠
التحسس لبروتين حليب البقر	٤	٤	%١٠٠		
غير مشخصة	٢٧	٢٧	%١٠٠		

نلاحظ من الجدول أن معالجة أغلب حالات النزف الهضمي هو علاج محافظ

وكنا بحاجة للعلاج الجراحي في حالات :

(١)التهاب المري في الحالات التي كان السبب هو فتق حجابي وذلك بنسبة ١١,٥%

(٢) ٥٠% من مرضى دوالي المري حيث بقي نصف المرضى يعانون من تكرار النزف حتى بعد اجراء التصليب وخاصة أن معظم هؤلاء المرضى المعالجةعندهم عرضية وليست شافية

(٣)أما معالجة القرحات الهضمية تم اعتماد المعالجة الثلاثية :(ميترونيدازول – الأوميبرازول

- كلاريترومايسين) وحدث التحسن في ٩٠ % من الحالات بينما بقيت حالة واحدة ١٠ % لم يحدث التحسن بعد سنتين من المعالجة وتم إصلاحها جراحيا.

(٤) قرحات الشدة تم اعتماد المعالجة المحافظة وعلاج السبب الذي أدى لحدوث القرحات و استفاد ٧٦% من المرضى على المعالجة , بينما٣٤% من المرضى احتاجو لتداخل جراحي حيث ٣ مرضى حدث لديهم انثقاب .

(٥)مريضين لم يتحسنا حتى بعد زوال العامل المسبب فاضطرا إلى جراحة بعد سنتين.

(٦)مالوري وايس العلاج محافظ فقط بالحمية ومضادات الحموضة.

الخلاصة والنتائج :

١- أجريت الدراسة بالعودة إلى أضابير ١٤٦طفل مقبولين في مشفى الأطفال والمشخص لديهم نزف هضمي علوي وذلك منذ بداية ٢٠١٠ وحتى نهاية عام ٢٠١٤.

٢- تم استبعاد حالات النزف الهضمي التي تكون ناجمة عن اختلاط الأمراض الدموية مثل نقص الصفيحات والابيضاضات واللمفومات والأورام والتخثر المنتشر ضمن الأوعية وعوز عوامل التخثر لأن الدراسة تركز على الأسباب الهضمية للنزف الهضمي العلوي والطرق التشخيصية.

وكانت النتائج على النحو التالي :

١- النزف الهضمي العلوي شكل ٠,٢٥ % من القبول العام.

٢- إن أعلى نسبة حدوث للنزف عند الولدان كانت بسبب التهاب المري (فتق حجابي – قلس معدي)

أما في الرضع فكانت قرحة الشدة تليها التهاب المري.

أما عند الأطفال فكان قسم منها لم يشخص وكان للأدوية وخاصة مضادادات الالتهاب غير الستيروئيدية حيز واسع من أسباب النزف الهضمي العلوي

٢- الألم البطني موجود في ٩٠% من حالات القرحة الهضمية وفي ١٠٠%في دراسة المقارنةوفي كل حالات داء كرون وفي٧٥%في دراسة المقارنةو٦٧% من مرضى القرحات الدوائية وفي ٥٠% في الدراسة المقارنة.

-الترفع الحروري شوهد في ٩٥% من مرضى القرحات الدوائية وفي ٣٣%في دراسة المقارنةكما لوحظ الترفع الحروري عند ٧٦% من مرضى قرحات الشدة وفي ١٨%في دراسة المقارنة.

-لوحظ كبر حجم البطن في ٢٩% من مرضى دوالي المري.

-لوحظ الشحوب عند٨٥% من مرضى دوالي المري و١٠٠%في دراسة المقارنة.

٤- الوسائل التشخيصية:

إن التنظير الهضمي العلوي هو وسيلة التشخيص الأكثر موثوقية في تشخيص التهاب المري .

أما الوسيلة المشخصة في قرحات الشدة المختلطة بالانثقاب هي الجراحة .

أهمية التنظير الهضمي العلوي في تشخيص كل حالات دوالي المري مع

تحديد درجتها من الدرجة الأولى إلى الدرجة الرابعة ولذلك أهمية في التنبؤ بالحالات الأكثر

عرضة للنزف.

أتت أهمية الإيكو دوبلر في كشف السبب الباطن لدوالي المري خاصة حالات خثرة وريد الباب

٥-المعالجة:

إن معالجة أغلب حالات النزف الهضمي هو علاج محافظ وكنا بحاجة

للعلاج الجراحي في حالات :

(١)التهاب المري في الحالات التي كان السبب هو فتق حجابي وذلك بنسبة ١١,٥%

(٢) أكثر الحالات التي احتجنا بهاللعمل الجراحي هو دوالي المري حيث بقي نصف المرضى

يعانون من تكرار النزف حتى بعد اجراء التصليب وخاصة أن معظم هؤلاء المرضى المعالجة

عندهم عرضية وليست شافية

(٣)أما معالجة القرحات الهضمية تم اعتماد المعالجة الثلاثية :(ميترونيدازول – الأوميبرازول

- كلاريترومايسين)

(٤) قرحات الشدة تم اعتماد المعالجة المحافظة وعلاج السبب الذي أدى لحدوث القرحات و

استفاد ٧٦% من المرضى على المعالجة , بينما٣٤% من المرضى احتاجو لتداخل جراحي

_مالوري وايس العلاج محافظ فقط بالحمية ومضادات الحموضة

_التحسس لبروتين حليب البقر العلاج محافظ باستبعاد حليب البقر

التوصيات :

١-النزف الهضمي العلوي حالة تستلزم الاستشفاء لأنها قد تكون حالة مهددة للحياة.

٢-الطلب من الجهات المعنية المسؤولة سواء بوزارة الصحة أو التعليم العالي أوفي نقابة الصيادلة اتخاذ الإجراءات اللازمة على صرف الدواء بدون وصفة لما كان للاستخدام العشوائي لمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية دور في النزف الهضمي العلوي.

٣-التوجيه لطلاب الدراسات العليا استخدام أدوية بديلة لخافضات الحرارة في مشفى الأطفال وخاصة في قسم الاسعاف .

٤-الاعتماد على التنظير الهضمي العلوي كوسيلة لتشخيص النزف الهضمي العلوي خلال ٣٦-٧٢ ساعة من بدء النزف.

٥-ضرورة التأكيد على المريض باتباع العلاج والصبر عليه لأنه يحتاج إلى تعاون من المريض كون العلاج أحيانا يستمرفترة طويلة

٦-ضرورة أخذ خزعات عند إجراء التنظير الهضمي العلوي في محاولة للوصول إلى تشخيص السبب الكامن للنزف.

المراجع:

1 – Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974;2:394-7.

2 – Gary R. Fleisher, Stephen Ludwi. Pediatric Emergency Medicine 1999,275-276

3 – Richard E.Behrman, Robert M.Kliegman, Hal B.Jenson Nelson textbook of pediatrics. 2000,1124-1126 ,1147-1150,1225-1226

4 – Robert w Yllie, Jeffery S. Hyams.Pediatric Gastrointestinal Disease , 1999, 64, 625.

5 – William W. Hay,JR, AnthonyR.Hayward, MyronJ. Levin. Current pediatric diagnosis and treatment. 2000,640 -741, 677-680

6-Itani M, Alsaied T, Charafeddine L, Yazbeck N. Dieulafoy's lesion in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010

7-Berezin SH, Bostwick HE, Halata MS, et al. Gastrointestinal bleeding in children following ingestion of low-dose ibuprofen. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2007; 44:506.

دراسة أردنية للدكتورة أمل صهيون بعنوان النزف الهضمي العلوي عند الأطفال عام ١٩٩١