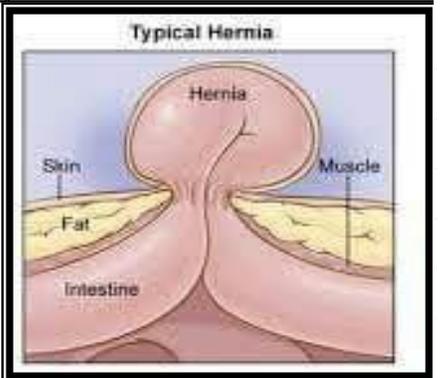
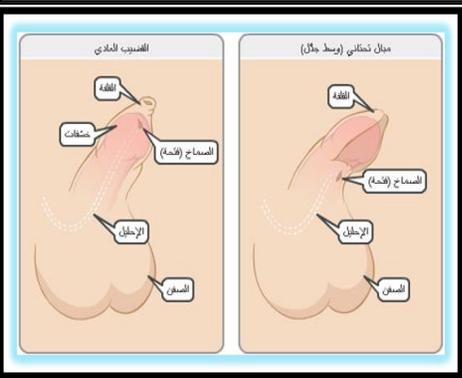
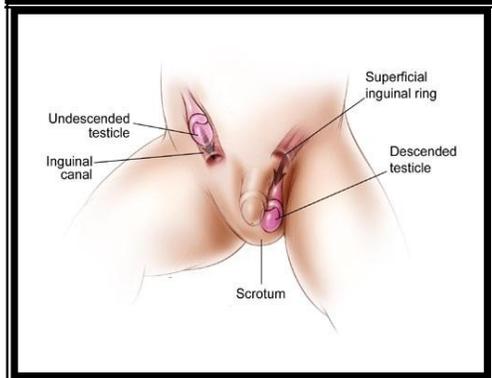
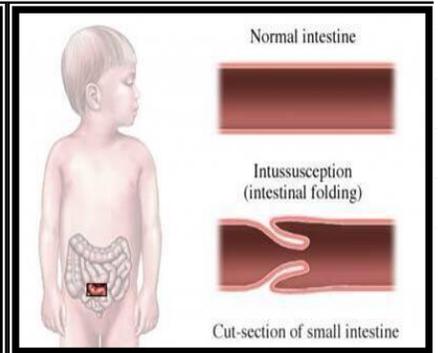


تقديم الرعاية التمريضية قبل و بعد العمليات الجراحية لأكثر العيوب الخلقية شيوعا في الجهاز الهضمي السفلي عند الأطفال



تقديم الرعاية التمريضية
قبل و بعد العمليات الجراحية
لأكثر العيوب الخلقية
شيو عا في الجهاز الهضمي السفلي
عند الأطفال

تحت إشراف :

د / أمل رضا منسي

د / سارة مصطفى حمزة

إعداد :

جروب B3

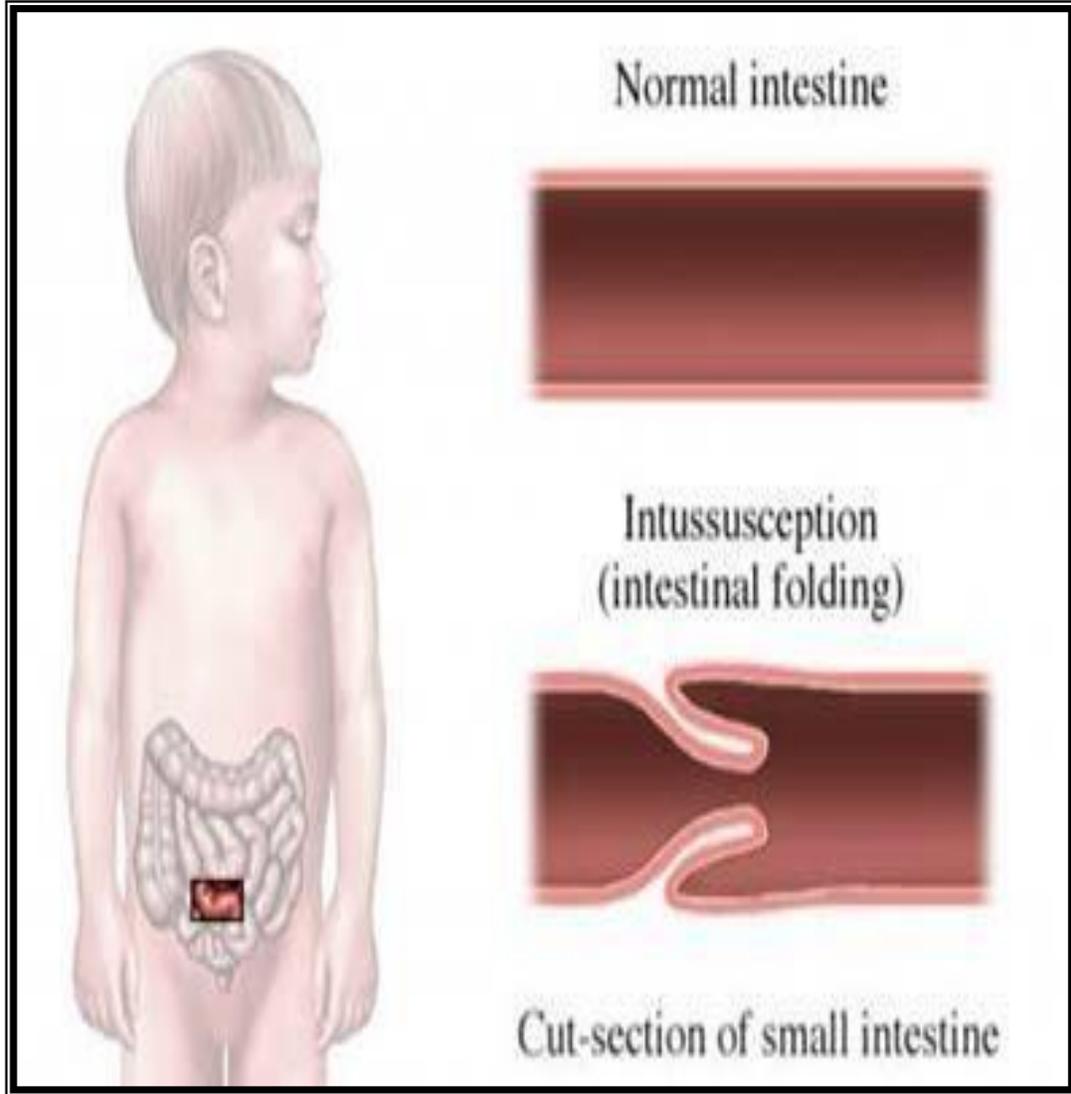
لائحة الساعات المعتمدة

للعام الجامعي ٢٠١٦-٢٠١٧

الفهرس

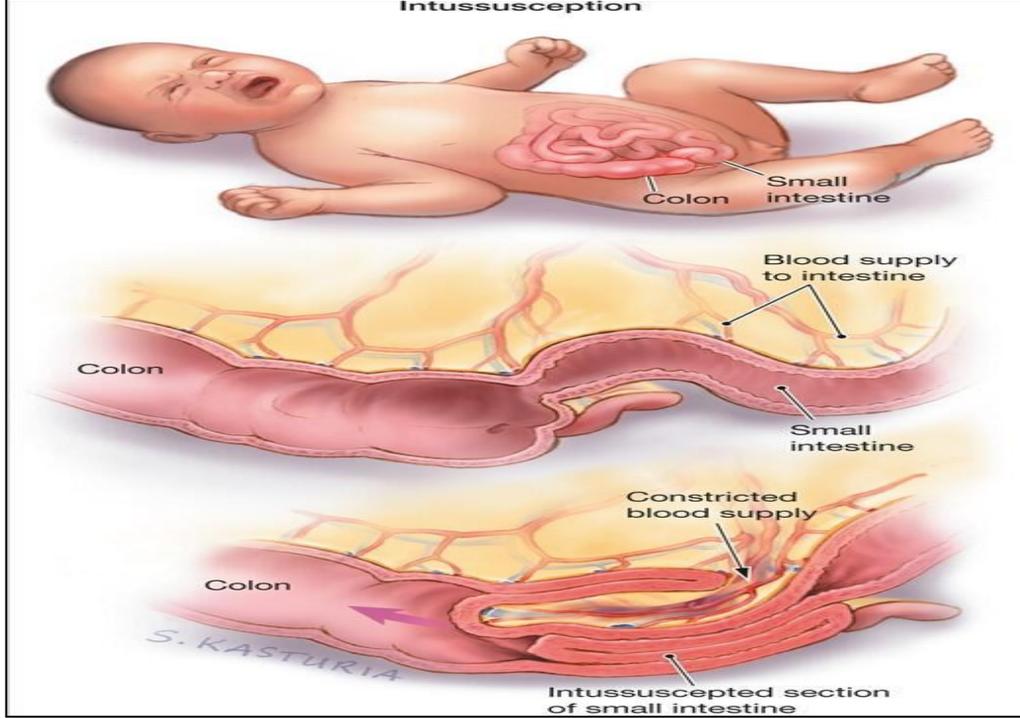
- ١- تداخل الأمعاء
- ٢- الإنسداد المعوي
- ٣- تضخم القولون الخلقى
- ٤- الفتى الاربي
- ٥- الإحلال السفلي
- ٦- الخصيه المعلقه
- ٧- رتق فتحه الشرج
- ٨- المراجع

تداخل الامعاء عند الاطفال



تعريف تداخل الامعاء:

هو تداخل او انغلاف الجزء القريب من الامعاء فى جزء اكثر بعدا وهو واحد من اكثر الاسباب شيوعا لانسداد الامعاء فى الرضع والاطفال تداخل الامعاء غالبا ما يتضمن الامعاء الدقيقة والامعاء الغليظة .



نسبة الحدوث:

تداخل الامعاء تكون اكثر شيوعا عند الرضع الذين تتراوح اعمارهم من شهرا 9-24

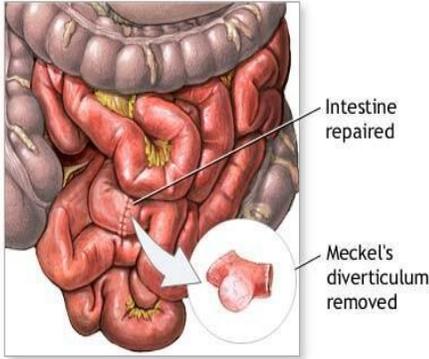
وقد لوحظت وجود نسبة انتشار موسمية فى الربيع والصيف ومنتصف الشتاء هذه الفترات تتوافق مع حدوث التهاب المعدة والأمعاء الموسمية والتهابات الجهاز التنفسي العلوي.

الأسباب:

قد لا يكون معروفا السبب الدقيق لتداخل الامعاء لدى الطفل ولكن يوجد بعض العوامل التى قد تزيد من نسبة الخطورة مثل:

- امراض مثل سرطان الدم

-عدوى فيروسية فى الانف والحلق او الامعاء مثل النزلات المعوية ونزلات البرد



ADAM.

- تضخم فى انسجة الامعاء

- وجود عيوب خلقية فى حركة الامعاء

- وجود تورم او انتفاخ فى جزء من الامعاء

- وجود بعض الاسباب النادرة مثل حويصلة مايكل

اعراض المرض:

- الم فى البطن على شكل نوبات متكررة ويكون اكثر حدة ومتقطع ويصاب به الطفل على فترات.

- القيء والاسهال

- شعور الطفل بالتعب والاعياء

- فى الحالات المتأخرة ينزل دم او مخاط مع البراز

- تورم البطن وعند فحص البطن نشعر بوجود كتل فى جزء من البطن

- ارتفاع درجة حرارة الطفل وقد يحدث حمى

- زيادة ضربات القلب

التشخيص

عن طريق تقديم وصف دقيق من الام للاعراض وكذلك فحص الطفل

ويمكن استخدام اختبارات الدم والبول للعثور على علامات للعدوى أو لفحص وظائف الكلى.

نستخدم بعض الاشعة مثل:

- يستخدم الموجات فوق الصوتية او الموجات الصوتية.

- الأشعة السينية قد تظهر الأمعاء مسدودة عن طريق الأشعة المقطعية للبطن قد تظهر التداخل والوعية الدموية والانسجة الأخرى.

المضاعفات

انسداد الأمعاء

نقص الدم المغذي للأمعاء مما يؤدي إلى وفاة

الجزء المصاب مما قد يؤدي إلى استئصال

الجفاف حدوث عدوي التهاب الأمعاء وحدث ثقب في جدار الأمعاء

العلاج

إذا كان الطفل بحالة مستقرة فالعلاج يبدأ

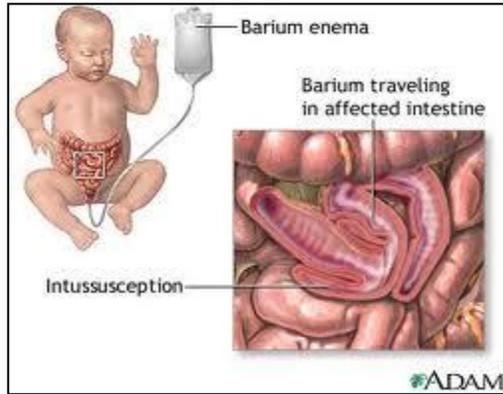
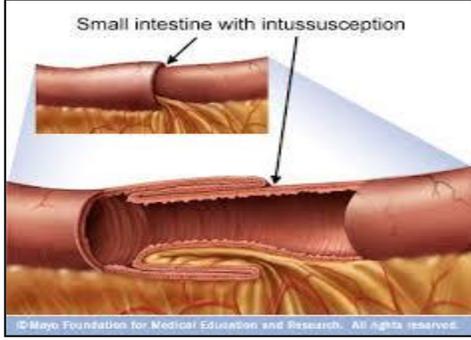
عن طريق دفع عكسي للأمعاء من خلال حقن أشعة

الصبغة عن طريق فتحة الشرج ومراقبتها بالأشعة

ضغط هواء أو محلول ملحي بضغط معين عن طريق فتحة الشرج لمحاولة دفع الأمعاء

بترىق معاكس للتداخل ومراقبتها بالأشعة

ونسبة نجاح الدفع المعاكس كبيرة خصوصاً في المراحل الأولى للمرض



التدخل الجراحي

في حالة فشل الدفع المعاكس يتم أخذ الطفل للعمليات في الحالات المتأخرة أما

بالجراحة التقليدية أو بالمنظار الجراحي حسب حالة الطفل وتوفر جهاز المنظار

وسياسة المكان.

وفى حالة يتم اعادة الامعاء الى وضعها الطبيعى وفحصها لمعرفة اذا كانت ميتة اولا موت جزء من الامعاء يتم استئصاله.

العناية بالطفل ما قبل العملية

- متابعة الطفل بالتغذية الوريدية وتحديد كمية السوائل الداخلة والخارجة.
- تركيب قسطرة بولية للطفل لحساب كمية السوائل التي تخرج من الطفل.
- توضيح سبب الالم للوالدين وطمأنتهم عن سبب اجراء الاختبارات التشخيصية.
- ادخال انبوبة معدية عن طريق الانف لازالة ضغط المعدة.
- الحصول على نتيجة لصورة دم كاملة للطفل.
- متابعة درجة حرارة الطفل وكمية البول الخارجة من الطفل ودرجة شعوره بالالم والسلوك العام للطفل.

العناية بالطفل ما بعد العملية

- الانتباه لدرجة حرارة الطفل ومتابعتها من وقت لآخر بالاضافة الى متابعة عدد ضربات القلب والتنفس وضغط الدم.
- متابعة الطفل بالتغذية الوريدية مع الحرص بعدم اطعام الطفل باى شئ عن طريق الفم.
- متابعة مكان الجرح باستمرار لمع حدوث اى نزيف.
- فى حالة العلاج باستخدام الحقنة الشرجية او الدفع العكسى يجب اخذ العلامات الحيوية للطفل خاصة الم البطن وحركة الامعاء والاعياء وتحمل الطفل للسوائل.

الانسداد المعوي



المقدمة:

الانسداد المعوي من اكثر الامراض الشائعة عند الاطفال ومن الممكن أن يتسبب في

أي من الأعراض أو العلامات الغير مريحة ، والتي تشمل ألم بالبطن ، و تضخم البطن و انتفاخها ، و الغثيان ، و القيء ، ويتم التشخيص من خلال نتائج الفحص الطبي و فحوص الأشعة ، ولو ترك الطفل دون علاج فقد يحدث موت للجزء من الأمعاء الذي به انسداد ، وموت جزء من الأمعاء يسبب حدوث تمزق أو ثقب بها ، و عدوى شديدة ، و صدمة ، ولكن مع العناية الطبية العاجلة فإن علاج انسداد الأمعاء يكون ناجحا ، و يحتاج المريض في أغلب الأحيان لإجراء جراحة لإزالة الانسداد.

الانسداد المعوي

تطلق تسمية الانسداد المعوي على حدوث انسداد بالأمعاء الدقيقة أو القولون ، والذي يوقف تماما مرور الطعام والسوائل من خلالها أو يسبب خلل شديد ، وبمعنى آخر تستخدم تسمية الانسداد المعوي عندما يكون هناك حاجز ميكانيكي أو تشريحي يمنع الطعام أو السوائل من الاستمرار في المرور من خلال القناة الهضمية ، كما تستخدم هذه التسمية أيضا عند وجود خلل وظيفي يحدث في الأمعاء بسبب الالتهاب البريتوني ، أو عقب جراحات البطن ، ويؤدي هذا الخلل الوظيفي إلى حدوث انسداد دون وجود حاجز ميكانيكي أو تشريحي ، ويكون فقدان حركة الأمعاء التي تحرك الطعام و السوائل بالقناة الهضمية هو المتسبب في حدوث الانسداد، وتسمى هذه الحالة بشلل الأمعاء.

و انسداد الأمعاء يحدث في حالات متعددة ، ولكن في أغلب الأحوال ينشأ عن حزم من النسيج الليفي التي تسبب التصاقات بالامعاء او وجود فتق أو ورم.



أنواع الانسداد المعوي

(1) انسداد خلقي في المعاء ، يولد به الطفل .

(2) انسداد ميكانيكي للامعاء ،

و يمكن تقسيم الانسداد الميكانيكي للامعاء حسب

السبب إلى ٣ أقسام هي:

(١) انسداد بسبب وجود جسم غريب ، أو ألياف ، أو تجمع من ديدان الأسكارس .

(٢) انسداد بسبب وجود خلل عضوي بجدار الأمعاء مثل مرض كرون او

الأورام .

٣) انسداد لسبب خارج الأمعاء مثل الإلتصاقات والفتق والتفاف الأمعاء .

كيفية حدوث المرض



علامات و أعراض الانسداد المعوي

- ١) ألم متقطع وسط البطن والذي يظهر و يختفي ويكون على شكل تقلصات .
- ٢) قد يلاحظ المريض بنفسه صوت الأمعاء عند حدوث نوبات الألم .
- ٣) فقدان الشهية للطعام.
- ٤) قيئ، والذي يحدث مبكرا عندما يكون الانسداد بالأمعاء الدقيقة ويحتوى على مخاط ، و عسارة صفراوية، ومتأخرا عندما يكون الانسداد بنهاية الأمعاء الدقيقة ويكون لونه بني مائل إلى البرتقالي او اخضر وتكون رائحته كرائحة البراز ويحدث ذلك بسبب نمو البكتيريا .
- ٥) يكون حدوث (زغطة) و هذا أمر شائع .
- ٦) يكون من النادر نزول دم بالبراز ولكن يحدث في حالات الانغلاق المعوي.

(٧) يحدث إسهال عند وجود انسداد جزئي.

(٨) يحدث إمساك شديد عند وجود انسداد كلي.

(٩) عدم وجود حركة بالأمعاء أو إخراج غازات مع تقدم الحالة ، وذلك بسبب أن الحركة تكون قليلة عند تجمع سوائل بين خلايا الأمعاء بالجزء المتأثر.

(١٠) انتفاخ البطن.

(١١) ألم بالبطن عند الضغط عليها .

(١٢) ارتفاع بالحرارة.

(١٣) عند حدوث تمزق أو ثقب موضع السدد يختفي صوت حركة الأمعاء كما يكون الألم شديد جدا عند الضغط على البطن موضع الانسداد ، وكذلك يزداد تيبس عضلات البطن كما تحدث صدمة بسبب حدوث التهاب برييتوني.

أسباب الانسداد المعوي

(١) **التصاقات الأمعاء:** ويسببها حزم من النسيج الليفي وهذه الحزم الموجودة في تجويف البطن ، من الممكن أن تكون موجودة منذ الولادة نتيجة عيب خلقي ، ولكن في أغلب الحالات تكون موجودة بعد التئام قرحة بالإثني عشر، أو جراحة بالبطن ، أو التهاب بغشاء الصفاق (الغشاء البريتوني) ، و التصاقات الأمعاء من الممكن أن تربط أجزاء من الأمعاء مسببة إحداث ثنايا بزوايا حادة ، أو التواء يسبب منع مرور الطعام والسوائل ، ويحدث ذلك عادة بعد سنوات عديدة من الجراحة أو الالتهاب البريتوني و تسبب الإلتصاقات و الفتق و الأورام ٩٠% من حالات الانسداد المعوي العضوي .

(٢) **الفتق:** ويحدث الفتق عندما يبرز جزء من الأمعاء من خلال فتحة بجدار البطن ، وعندما يختنق جزء من الأمعاء بسبب الفتق فإن الإمداد الدموي لهذا الجزء ينقطع ويحدث موت للأنسجة (غرغرينا) بهذا الجزء و يمكن أن يحدث ذلك خلال ٦ ساعات ، وقد يحدث انقطاع الإمداد الدموي لأسباب أخرى مثل الالتواء المعوي ، وتبلغ نسبة الحالات التي يحدث لها انسداد معوي بسبب اختناق الإمداد الدموي ٢٥% من مجموع الحالات.



٣) الأورام : وجود ورم بالأمعاء مثل الورم الليمفاوي والذي قد يصيب الأمعاء الدقيقة , أو السرطان الغدي أو سرطان البنكرياس ، يحدث انسداد بسبب منع مرور الطعام والسوائل.

٤) تداخل جزء من الأمعاء مع جزء آخر منها

٥) إصابة الأمعاء الدقيقة بالدرن والذي يحدث في أجزاء من العالم بنسبة غير قليلة.

٦) التواء الأمعاء و التفافها .

٧) تضيق عند مخرج المعدة .

٨) تليف من مرض كرون والذي يسبب زيادة سمك الأمعاء مما يؤدي إلى تكرار حدوث نوبات انسداد جزئي أو غير كامل.

٩) حدوث جيوب والتهابها التواء القولون وهي حالة يحدث فيها التهاب جيوب صغيرة بارزة في القولون أو تلوث بالميكروبات .

١٠) انحشار البراز واختناق بالقولون.

١١) شلل الأمعاء من الممكن أن يحدث أعراض وعلامات مثل انسداد الأمعاء، وفي شلل الأمعاء بالرغم من عدم وجود سدد لا يمكن للأمعاء أن تؤدي وظيفتها كاملة أو بطريقة صحيحة ، وتكون حركة الأمعاء قليلة جدا أو غائبة وتكون الأمعاء غير قادرة على تحريك الطعام أو السوائل من خلال القناة الهضمية ، وشلل الأمعاء من الممكن أن يصيب أي جزء من القناة الهضمية ، وأكثر أسباب شلل الأمعاء هو جراحات البطن ، والصحيح أنه بعد جراحات البطن أن الأمعاء لا تقوم بوظيفتها بصورة طبيعية ، ويكون وضع أنبوبة معدة من فتحة الأنف ، وإعطاء سوائل بالوريد في أغلب الحالات ضروريا ، إلى أن تعود الأمعاء لأداء وظيفتها ثانيا ، وشلل الأمعاء الذي يحدث بعد جراحات البطن ليس انسداد عضوي للأمعاء.





مضاعفات الانسداد المعوي

عند الانسداد المعوي دون علاج من الممكن أن يسبب ذلك حدوث مضاعفات شديدة تهدد الحياة ، فعند حدوث احتقان بالأمعاء فإن قدرتها على امتصاص الغذاء والسوائل تكون أقل ، و نقص الامتصاص من الممكن أن يسبب قيئ و جفاف ، وأخيرا من الممكن أن يسبب صدمة (هبوط شديد بضغط الدم) من الممكن أن تسبب فشل كلوي.

و انسداد الأمعاء قد يسبب قطع الإمداد الدموي عن الجزء المتأثر من الأمعاء، وعند ترك ذلك دون علاج يحدث موت لهذا الجزء من الأمعاء ، و موت هذا الجزء من الممكن أن يسبب تمزق أو حدوث ثقب بالأمعاء، والذي من الممكن أن يؤدي إلى حدوث التهاب لغشاء الصفاق الغشاء البريتوني والذي يبطن تجويف البطن ، وهي حالة تهدد الحياة ، وتحتاج لعناية طبية وجراحية عاجلة ، و أعراض و علامات التهاب الغشاء البريتوني هي:

ألم بالبطن ، انتفاخ بالبطن ، غثيان وقيئ، رعشه ، عطش ، قلة البول ، تجمع سوائل بالبطن ، فقدان حركة الأمعاء و فقدان القدرة على إخراج غازات ، ومن الممكن أن يسبب الالتهاب البريتوني الدخول في صدمة و التي تشمل أعراضا و علامات كالآتي :

يكون الجلد بارد ، ورطب ، وشاحب اللون أو رمادي
نبض سريع وضعيف.

تنفس غير طبيعي والذي يكون غير عميق و بطيء أو سريع جدا.
توسع حدقة العين.

فقدان بريق العين والتي تبدو وكأنها تحمق.

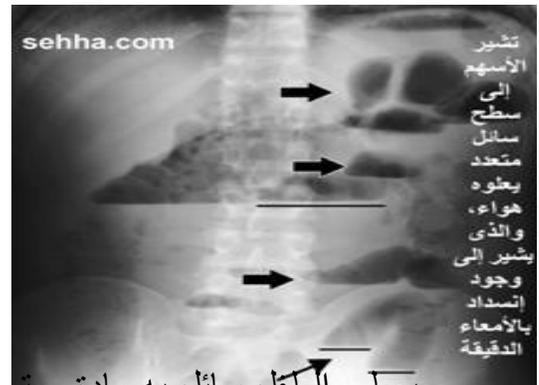
والطفل الذي يكون في صدمة يكون إما واعيا ، أو فاقد الوعي ، والصدمة من حالات
الطوارئ التي تحتاج لرعاية طبية عاجلة..

تشخيص الانسداد المعوي

- تزداد بالدم نسبة الإنزيم الهاضم للنشويات والسكريات.

- قد تزداد كرات الدم البيضاء عند حدوث اختناق لفص من الأمعاء ، ولكن عدم زيادة
كرات الدم البيضاء لا ينفي وجود اختناق.

- أشعة إكس على البطن والتي قد تبين وجود فصوص متوسعة من الأمعاء الدقيقة مليئة
بسائل وغاز لها نسق ونمط "تدرج السلم" و أسطح متعددة لسائل يعلوه هواء ، مع
غياب أو ندرة الغاز بالقولون ، والتي تفيد وجود انسداد بالأمعاء الدقيقة ، فعدم وجود
غاز بالقولون يكون في حالة الانسداد الكامل للأمعاء الدقيقة ، والذي بعد حدوثه ينقبض
الجزء التالي للانسداد بعد خروج محتوياته من براز أو هواء ، وقد تبين الأشعة وجود
توسع بجزء من الأمعاء والذي يحدد مكان الانسداد، كما قد تبين الأشعة وجود هواء
حول الأمعاء وتحت الحجاب الحاجز ، ويحدث ذلك عند حدوث ثقب بالأمعاء والتهاب
بريتوني ، كما تساعد صور أشعة إكس على البطن في تشخيص الانسداد الذي يكون
معه اختناق لجزء من الأمعاء.



يعطى الطفل سائل به مادة معتمة للأشعة ، عن طريق الفم ، قبل عمل الأشعة إكس
على البطن ، والتي من الممكن أن تبين توسع الجزء من الأمعاء أعلى الانسداد ، كما

تساعد في التمييز بين الانسداد الجزئي والانسداد الكامل.

- أشعة فوق صوتية والتي من الممكن أنها تساعد في التشخيص.

- أشعة مقطعية والتي تساعد في التمييز بين الانسداد الجزئي ، والكامل ، وشلل الأمعاء.



علاج الانسداد المعوي

ما قبل العملية :

*يتم تركيب كانولا لإعطاء المحاليل لتعويض

السوائل التي فقدت من الجسم.

* يتم وضع أنبوبة تمر إلى المعدة أو الأمعاء يتم

إدخالها عن طريق الأنف لشفط الهواء والسوائل التي تتجمع أعلى الانسداد ولتقليل ضغط هذه السوائل على جدار القناة الهضمية.

*يتم وضع قسطرة بولية بالمثانة.

*تملاً الاسرة استمارة بالموافقة على اجراء العملية .

أما العلاج المحدد فيكون حسب سبب الحالة:

ففي حالة شلل الأمعاء يتم وضع الطفل تحت الملاحظة ليوم أو يومين ، وذلك لأن شلل الأمعاء يكون في الغالب حالة مؤقتة و يتحسن فيها المريض تلقائياً . وفي حالة عدم التحسن قد يعطى عقار النيوستجمين والذي يسبب انقباض عضلات الأمعاء والتي تساعد في تحريك الطعام والسوائل.

وعند وجود انسداد عضوي جزئي ، والذي يسمح بمرور الطعام والسوائل ، فإن وضع أنبوبة معدة من الممكن أن يحسن من حالة الطفل ، ولا يكون هناك حاجة لعلاج أو تدخل آخر، ويحدث ذلك في بعض الحالات التي تكون بسبب تليف ، أو التصاقات ، أما في حالة عدم التحسن خلال يوم ، فيكون التدخل الجراحي ضروريا لعلاج الانسداد.

قد يتم علاج حالات مثل التواء جزء بأسفل الأمعاء الغليظة بإدخال منظار - وهو عبارة عن أنبوبة مرنة يمكن الرؤية من خلالها - عن طريق الشرج ، وبعد ضغط الورم قد توضع دعامة معدنية بالقولون لفترة مؤقتة تمهيدا لعمل جراحة ، وذلك في حالة وجود ورم خبيث بالقولون و انسداد غير كامل.

الانسداد الكامل والذي لا يسمح بمرور أي طعام أو سوائل من خلال القناة الهضمية هو من حالات الطوارئ التي تحتاج جراحة عاجلة لإزالة الانسداد ، وضمن هذه الحالات يكون الانسداد المصحوب باختناق حيث يكون الانسداد كامل في هذه الحالات.

يكون سبب الانسداد هو الذي يحدد عمل الجراح ، فمن الممكن أن يزول الانسداد بقطع الالتصاقات لتحرير جزء من الأمعاء ، أو قد يحتاج الجراح لإزالة قطعة من الأمعاء .

قد يجري الجراح توصيل للجزء العلوي من القولون بفتحة على جدار البطن للإخراج بعد استئصال جزء منه والتي تسمى تميم القولون.



الرعاية بعد العملية:

والتي تشمل الرعاية المقدمة خلال فترة ما بعد الجراحة على الفور ، سواء في غرفة العمليات و كذلك خلال الأيام التالية للعملية الجراحية.

الهدف من رعاية ما بعد الجراحة هو منع حدوث مضاعفات مثل العدوى ، والعمل على التئام الجروح من الشق الجراحي ، وعودة الطفل إلى حالته الصحية.

* من الطبيعي أن يشعر بالضعف والتعب بعد عملية جراحية في البطن. وقد يحتاج مزيد من النوم ، وأيضا قد يحدث تغيير في أنماط النوم.ولكن مع مرور الوقت أنماط النوم سوف تعود إلى طبيعتها.

* من الطبيعي أن يكون هناك مقدار صغير من السائل الأصفر من الشق في أول أيام قليلة بعد الجراحة.

*الرائحة الكريهة أو الاحمرار حول الشق هو من علامات وجود العدوى.

*الألم من الشق أمر طبيعي ..سوف يتغير من يوم الى يوم...

*التشنج ، وآلام في البطن ، والانتفاخ ،شئ وارد ولكن هذه الأعراض ستتحسن مع مرور الوقت. أكل وجبات صغيرة ومتكررة إذا كان هناك الألم الشديد الذي لا يتحسن أو القيء المستمر ويجب الاتصال بالطبيب.

*يجب شرب كميات كافية من السوائل للحفاظ على البول أصفر اللون فاتح.

*قد يكون هناك انزعاج طفيف أثناء التبول لعدة أيام بعد إزالة القسطرة.

* قد يكون هناك اسهال لعدة أيام...

*خلال الاربع وعشرون ساعه الاولى لابد من متابعة العلامات الحيوية والحاله العامه للمريض كما يلي :

درجة حرارة الجسم

ضغط الدم ومعدلات التنفس.

عدم وجود علامات نزيف...عن طريق ملاحظة الضماده.

معدل السوائل في الوريد.....

الغثيان / القيء..ودرجة الألم.

سماع اصوات الرئهوغيرها من العلامات الضرورية للمتابعه الجيده.



تضخم القولون الخلقي



المقدمة:

مرض تضخم القولون الخلقي هو اضطراب في تطور و نمو الجهاز العصبي المعوي و يميزه غياب الخلايا العقدية بالجزء الأقصى من القولون مما يؤدي إلى انسداد معوي وظيفي.

إن التقدم الجراحي حديثا و إجراء الجراحات بعد تشخيص مبكر، و بطرق أقل تدخل، قد أدى إلى التقليل من الإعتلالات و الوفيات عند الاطفال المصابين بمرض تضخم القولون.

و أغلب حالات مرض تضخم القولون الخلقي يتم تشخيصها حاليا في الفترة بعد الولادة، و يجب وضع مرض تضخم القولون الخلقي الاعترار عند أي مولود لا يستطيع إخراج العقي (وهو المادة الداكنة التي تخرج من المولود بعد الولادة) خلال ٢٤-٤٨ ساعة بعد الولادة، و بالرغم من أن عمل صورة أشعة بعد حقنة شرجية بالصبغة يؤدي إلى تشخيص المرض إلا أن فحص عينة كاملة السمك من النسيج بالمستقيم هي المعيار للتشخيص.

وعند التأكد من التشخيص يكون العلاج الأساسي هو استئصال الجزء من الأمعاء الغير مؤدي لوظيفته بسبب نقص الخلايا العقدية، و عمل وصل للجزء من المستقيم مع الأمعاء التي بها إمداد عصبي سليم.

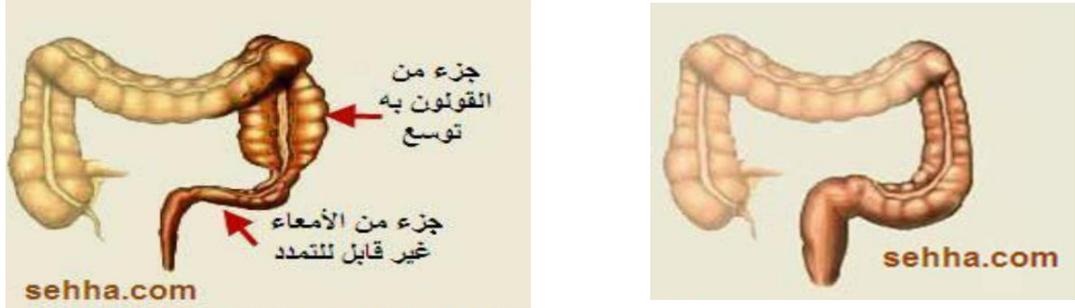
ومن الجدير بالذكر أنه توجد حالات يكون فيها الجزء المتأثر هو عدة سنتيمترات قليلة من القولون و تكتشف هذه الحالات في سن أكبر وتكون أهم علامة هي وجود إمساك مزمن في الفترة من عمر ٦-١٢ شهر، كما توجد حالات يشمل فيها المرض مقطع طويل من الأمعاء وهي تحدث عند ٣-١٢% من الحالات وقد يشمل المرض القولون بالكامل.

التعريف :

هو وجود عيب خلقي وهو عدم وجود خلايا عقدية بالجزء الأقصى من الأمعاء يفسر مرض تضخم القولون الخلقوي عدم وجود خلايا عقدية يبدأ بالشرح والذي يتم شموله

دائما ثم يمتد في الاتجاه الأدنى لمسافة تختلف من حالة إلى أخرى، و كلا من الضفيريّتين العضليّة - و الواقعة بين العضلات الملساء الطولية والدائريّة) و الواقعة تحت الغشاء المبطن للأمعاء) - مما يؤدي إلى تخفيض وظيفة الأمعاء و تقليل الحركة الدودية لها.

فسيولوجية حدوث مرض تضخم القولون الخلقي:



الخلايا العقدية بالأمعاء تستمد أثناء تطور الجنين من جزء يسمى القمة العصبية و أثناء التطور الطبيعي للخلايا العصبية الابتدائية الأولية تكون موجودة بالأمعاء الدقيقة في الأسبوع السابع من الحمل و تصل للقولون في الأسبوع الثاني عشر، و أحد التفسيرات لأسباب المرض تكون هي حدوث خلل في هجرة الخلايا العصبية الابتدائية الأولية في مسارها لأسفل نحو الجزء الأقصى من الأمعاء، و البديل أيضا لذلك هو أن الهجرة الطبيعية من الممكن أن تحدث مع فشل الخلايا العصبية الابتدائية الأولية أن تعيش، أو تنتشر، أو تتميز بالجزء الأقصى من الأمعاء الذي لا يوجد به خلايا عقدية و أيضا التوزيع الغير طبيعي بالجزء المتأثر من الأمعاء للمكونات اللازمة للنمو العصبي مثل الفيبرونكتين، و اللامينين، و جزيء التصاق الخلايا العصبية، و العوامل المغذية للنسيج العصبي ربما تكون هي المسئولة.

بالإضافة إلى ذلك ملاحظة أن الخلايا الملساء بالجزء من القولون - الخالي من الخلايا العقدية - يكون حامل كهربيا أثناء عمل دراسات للوظائف الكهربائية و يشير ذلك إلى وجود مكون عضلي بالمرض، و أخيرا فإن وجود عيوب في خلايا كاجل الفراغية، و الخلايا المنظمة كهربيا و التي تصل الأعصاب المعدية بالعضلات الملساء قد تم

وضعه ضمن الفروض كعامل مساهم مهم.

و يوجد ثلاث ضفائر عصبية ممتدة للأمعاء الضفيرة تحت الغشاء المبطن للأمعاء و الضفيرة بين العضلات و الضفيرة الغشائية الصغيرة و كل هذه الضفائر تتكامل بدقة و تشترك في كل جوانب وظائف الأمعاء من امتصاص، و إفراز، و حركة، و سريان للدم.

و الحركة الطبيعية تكون بالدرجة الأولى تحت تحكم الخلايا العصبية الموجودة بالأمعاء ،و تكون وظائف الأمعاء كافية عند فقدان الإمداد العصبي الخارجي ،وهذه العقد تسيطر على كلا من انقباض، و انبساط الخلايا الملساء و السيطرة الخارجية تكون بدرجة رئيسية من خلال الألياف العصبية النظير سمبثاوية والتي تعمل بمادة الأستيل كولين و الألياف العصبية السمبثاوية والتي تعمل بمادة الأدرينالين.

و عند المصابين بمرض تضخم القولون الخلقى تكون الخلايا العقدية غير موجودة مما يؤدي إلى زيادة الإمداد العصبي الخارجي، و تكون الزيادة في الألياف العصبية التي تعمل بمادتي الأستيل كولين و الأدرينالين من ٢-٣ مرات ضعف الإمداد العصبي الطبيعي.

ومع فقدان الأعصاب المعدية المثبثة فإن التوتر العضلي لا يعارض ويؤدي ذلك إلى عدم توازن في انقباض العضلات الملساء و عدم توافق في الحركة الدودية للأمعاء و حدوث انسداد وظيفي.



الأسباب و العوامل المساعدة لحدوث تضخم القولون الخلقى:

مازالت الآلية الدقيقة وراء تطور مرض تضخم القولون الخلقى غير معروفة ، حوالي ١٠% من الاطفال يكون عندهم تاريخ يفيد إصابة أحد الأقارب. و سببه عدم هجره

الأعصاب من الأعلى الي اسفل القولون خلال تطور الجنين . و يزداد احتمال حدوث داء او مرض تضخم القولون الخلقيعند مصابين بالقلب منذ الولادة و مرضي متلازمه داون .

أعراض و علامات مرض تضخم القولون الخلقي:

١. لا يستطيع إخراج العقي (وهو المادة الداكنة التي تخرج من المولود بعد الولادة) (خلال ٢٤-٤٨ ساعة بعد الولادة) ، أو أي طفل يعاني من إمساك مزمن بعد الولادة و تشمل الأعراض الأخرى الانسداد المعوي، و القيء الصفراوي ،و انتفاخ البطن، و ضعف التغذية، و فشل النمو.
٢. الأطفال الأكبر سنا المصابين بمرض تضخم القولون الخلقيعانون من إمساك مزمن منذ الولادة ومن الممكن أن يكون اكتساب الوزن عندهم ضعيف.
٣. لا يعاني الأطفال المصابين بمرض تضخم القولون الخلقيمين احتباس البراز بالرغم من وجود إمساك و انتفاخ بالبطن.
٤. حوالي ١٠% من الاطفال يكون لديهم إسهال وذلك بسبب التهاب القولون و زيادة نمو الميكروبات، وقد يعرض ذلك حياتهم للخطر بسبب حدوث ثقب بالقولون يؤدي إلى تسمم ميكروبي.

تشخيص المرض :

١. معرفة التاريخ الأسري :

حوالي ١٠% من الاطفال يكون عندهم تاريخ يفيد إصابة أحد الأقارب ، لذا يستلزم عمل اختبارات وراثية.

٢. فحص الطفل فحص شامل: نظرا لاحتمال وجود تشوه خلقي بالقلب مصاحب

لمرض تضخم القولون الخلقيعد يكون من الضروري تقييم حالة القلب.

٣. عمل الفحوصات الطبيه اللازمه :

✓ الفحوص المعملية:

تجرى فحوص معملية قبل عمل جراحة للطفل و أهمها صورة الدم الكاملة و الفحوص المتعلقة بتجلط الدم وهي في أغلب الحالات تكون في المعدلات الطبيعية.

✓ فحوص الأشعة:

قد تبين صور الأشعة على البطن توسع جزء من الأمعاء مع قلة الهواء بالمستقيم. عمل صورتين للأشعة الأولى بعد عمل حقنة شرجية لصبغة الباريوم، و صورة ثانية بعد ٢٤ ساعة قد تبين تضيق بالجزء الأقصى من القولون و احتجاز صبغة الباريوم أكثر من ٢٤ ساعة بالجزء المتوسع الواقع أعلى التضيق.

يكون الكشف عن المرض باستخدام الموجات فوق السمعية قبل الولادة نادرا إلا في الحالات التي يشمل فيها المرض القولون بالكامل.



✓ فحص عينة من الأنسجة:

يتم تأكيد تشخيص مرض تضخم القولون الخلقيين خلال فحص عينة من نسيج القولون والتي تبين عدم وجود

خلايا عقدية و يتم أخذ عينة كاملة السمك للفحص و يتم أخذ العينة والطفل

تحت تأثير مخدر عام.





- و حديثاً يستخدم الشفط البسيط لأخذ عينة من المستقيم لعمل فحص نسيجي. يبين الفحص النسيجي عدم وجود الضفيرة العصبية بالعضلات الملساء و الضفيرة تحت الغشاء المبطن كما يظهر تضاعف ألياف الإمداد العصبي الخارجي بالنسبة لألياف الإمداد العصبي الطبيعي.

علاج مرض تضخم القولون الخلقي:

- يكون هدف العلاج هو تجنب حدوث المضاعفات، و توفير إجراءات مؤقتة لحين إجراء جراحة، و المحافظة على وظيفة الأمعاء بعد إجراء الجراحة.
- تعطى محاليل للمحافظة على توازن السوائل و الأملاح، و توضع أنبوبة معدة لمنع زيادة انتفاخ الأمعاء، كما تعطى مضادات حيوية بالوريد.

المعالجة الجراحية:

- عندما ينمو الطفل و يصل وزنه إلى ١٠ كيلوجرام يتم عمل الجراحة الضرورية و المحددة لإصلاح الخلل.
- و تقوم المعالجة الناجحة على أساس الاستئصال أو الاستغناء عن القطعة الخالية من الأعصاب " الليفه العصبية" و احلال قطعة من القولون المعصب محلها ؛ من أهم العمليات الجراحية المتداولة هي :

١ - عملية سوانسن :

- و تقوم على أساس تسليخ المستقيم عن طريق البطني وحتى ٢ - ٣ سم من الشرج، حيث تستئصل القطعة الخالية من الاعصاب من هذا المستوى، و يسحب القولون المعصب إلى العجان حيث تجرى المفاغرة ثم تعاد إلى الحوض ثم يغلق البطن بعد خياطة و اغلاق البريتون الحوضي حول القولون المعصب.

٢ - عملية سوافيه :

- تستغني هذه الطريقة عن أي تسليخ في الحوض و تستعويض عن ذلك بتسليخ مخاطية

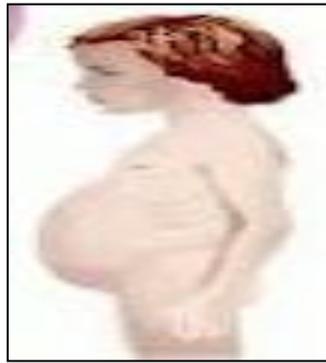
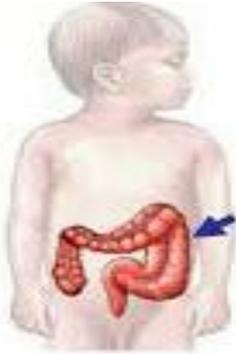
نهاية السيني والمستقيم حتى الشرج ثم انزال القولون المعصب من خلال كمّ المصلية الباقي وخياطة نهاية القولون المعصب بالشرح.

٣ - عملية دوهاميل :

وتقوم على أساس فصل المستقيم فوق مستوى الصفاق الحوضي بقليل وخياطته. ثم استئصال القطعة الباقية الحالية من الاعصاب، ثم إنزال القولون المعصب خلف المستقيم وخياطته في النصف الدائري الحلقي الخلفية للمستقيم ثم فتح طاقة واسعة ما بين الوجه الخلفي للمستقيم والوجه الأمامي للقولون المعصب. وتقوم العمليات الثلاث المذكورة على أساس احلال قولون معصب أو جزءاً منه مكان القولون الخالي من الاعصاب وبالتالي تعود للطفل وظيفة الحركات الحيوية وبالتالي التبرز الطبيعي .

المتابعة قبل العملية :

- ١ . يجب ألا يأخذ الطفل شيء بالفم قبل إجراء الجراحة.
- ٢ . الموافقة المسبقة
- ٣ . البقاء مع طفلك للراحة والدعم : عن طريق شرح العملية باختصار الى الام والطفل
- ٤ . تركيب كانيولا لإعطائه الدواء أو السوائل
- ٥ . قياس ضغط الدم ، معدل ضربات القلب ومعدل التنفس، ودرجة الحرارة
- ٦ . يعطى دواء لمساعدة الطفل على الاسترخاء لينتقل إلى غرفة العمليات
- ٧ . التخدير العام داخل العملية

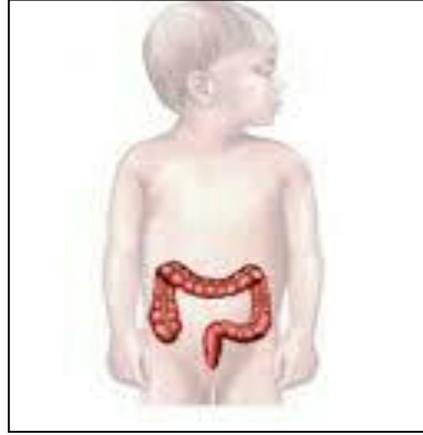


المتابعة بعد العملية :

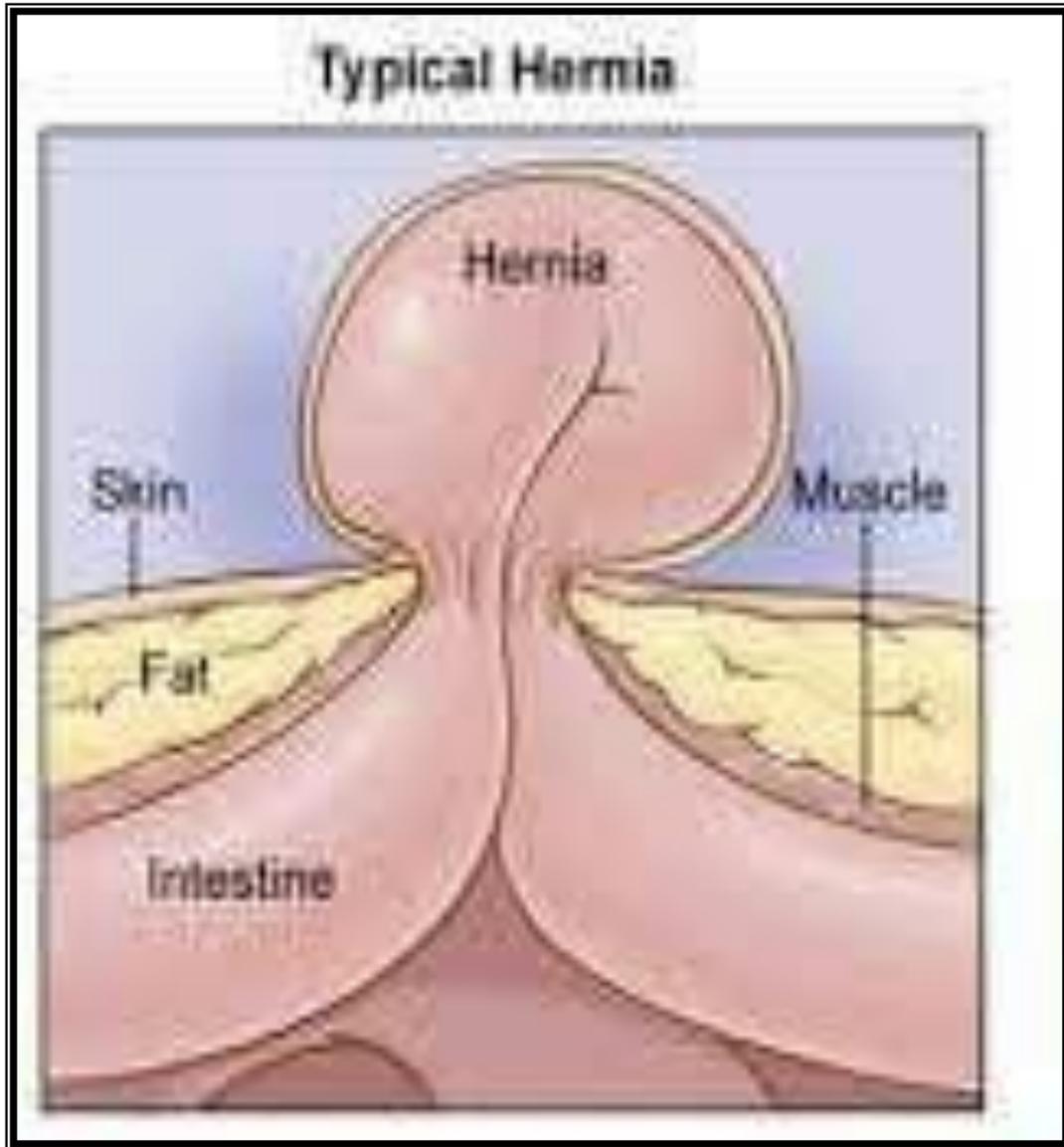
- بعد عمل استئصال للقولون لطفل حديث الولادة يجب أن يظل بالمستشفى بهدف إعطاؤه التغذية الكافية و الاطمئنان إلى أداء القولون لوظيفته.
- بعد عمل استئصال للجزء المصاب و توصيل الأمعاء، يجب أن يظل الطفل

بالمستشفى لتقديم محاليل بالوريد و عدم إعطاء شيء بالفم لحين إخراج
الطفل الريح و التأكد من استعادة الأمعاء لوظيفتها، و بعد ذلك يمكن تقديم
سوائل بالفم، ثم زيادة الطعام تدريجيا لحين استيفاء الغرض من التغذية، كما
تعطى بالمستشفى المضادات الحيوية بالوريد إلى أن يتم التأكد من أداء
الأمعاء لوظيفتها.

- بعد خروج الطفل من المستشفى يتم متابعة نموه و وظائف الأمعاء.
- يجب تحديد نشاط الأطفال الأكبر سنا لمدة ٦ أسابيع وذلك للسماح بالنتام
الجرح.
- الغذاء الذي به محتوى عالي من الألياف والذي يشتمل على فواكه و
خضروات طازجة من الممكن أن يساعد حركة الأمعاء - و ذلك بعد استعادة
حركة الأمعاء - فى فترة المتابعة بعد الجراحة عند بعض الاطفال .



الفتق الاربي

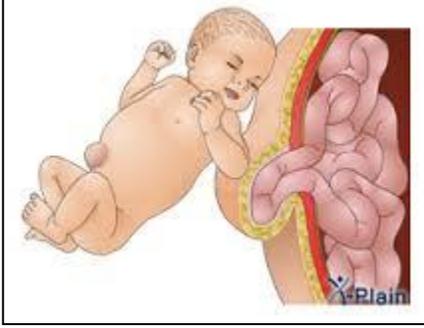


المقدمة :

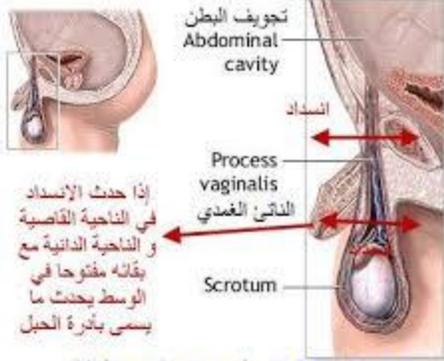
الفتق الاربي من الحالات الشائعة التي تصيب الأطفال . وعند اكتشافها ينصح بإجراء عملية جراحية لتصليح الفتق عند الطفل.

تعريف الفتق الاربي :

الفتق عباره عن وجود فتحة ما بين داخل البطن وخارجه



حيث يتكون كيس من الغشاء البيروتوني وعادة ما يحتوي هذا



الكيس على جزء من الجهاز الهضمي مثل الامعاء أو المعده.

الاسباب والعوامل المساعدة

تختلف أسباب الفتق الاربي تبعاً لكل فرد. والتي تشمل:

١- رفع وزن ثقيل، ونوبات السعال الحادة، ضربات حادة في البطن، والملابس الضيقة والوضعية الغير صحية في النوم

٢- وعلاوة على ذلك، الظروف التي قد تزيد من الضغوط داخل تجويف البطن قد تسبب الفتق أو تفاقم الفتق القائم. وفيما يلي بعض الأمثلة على النحو التالي: السمنة، وتوتر خلال حركة الأمعاء أو التبول، وأمراض الرئة المزمنة، وأيضاً، السوائل في تجويف البطن ويمكن للفتق أن يحدث بسبب ضعف العضلات نتيجة لسوء التغذية، أو بسبب التدخين، أو الإجهاد

علامات واعراض الفتق الاربي عند الاطفال

غالباً ما يبدو الفتق الاربي عند الأطفال كبروز في القناة الاربية، وغالباً ما يبرز الأمر عند البكاء، السعال أو عند قضاء الحاجة. طبعاً لا يستطيع الطفل الرضيع أن يشكو من بروز الفتق الاربي لذا فان الأهل هم عادةً ما يلاحظون وجود الفتق الاربي. قد يكون الفتق الاربي أحادي الجانب أو في كلا الجانبين. لدى الأطفال الأكبر سناً قد يشكو الطفل من ألم في القناة الاربية أو في الصفن

٢- انسداد الأمعاء في الفتق الاربي يؤدي للأعراض التالية :



- .انعدام الهدوء لدى الطفل .
 - .فقدان الشهية .
 - .القيء .
 - .الحرارة المرتفعة .
 - .الجفاف، تسارع نبضات القلب .
- انتفاخ البطن وملاحظة وجود كتلة قاسية حمراء اللون ومنتفخة ومؤلمة في القناة الاربية .

انواع الفتق الاربي

فتق فحذي - فتق إربي مباشر- فتق إربي غير مباشر

عوامل خطورة الفتق الاربي عند الأطفال

- .الجنس: الذكور أكثر عرضةً للإصابة بالفتق الاربي من الاناث، بحوالي ٦ الى ٨ مرات.
- .الخدج أكثر عرضةً للإصابة بالفتق الاربي لأن العضلات في القناة الاربية أكثر ضعفاً.
- .التوأم: كون الطفل توأم يزيد من خطورة الفتق الاربي لديه .
- .الضغط الزائد داخل البطن يزيد من احتمال الفتق الاربي عند الاطفال، وغالباً ما يؤدي للفتق الاربي في كلا الجهتين. أسباب تزيد من الضغط داخل البطن تشمل من خلال البطن الاستسقاء، الربو، تحويلة دماغية بطنية والديال البطني.
- .عيوب خلقية في جدار البطن .
- .التاريخ العائلي: اصابة أحد الأخوة أو الاخوات أو الاهل بالفتق الاربي يزيد من خطورة الفتق الاربي عند الأطفال. رغم ذلك لا يُعرف عن وجود جينات محددة مسؤولة عن ذلك

تشخيص الفتق الاربي

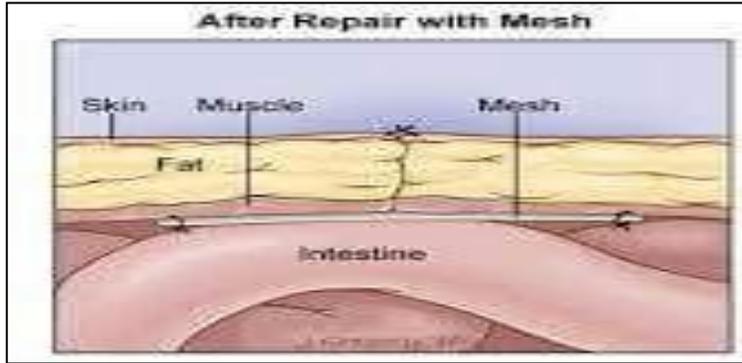
في معظم الحالات فان تشخيص الفتق الاربي عند الأطفال يتم من خلال :

١- معرفه التاريخ العائلي للاسره

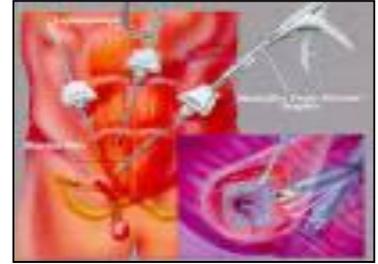
- ٢- الفحص الجسدي حيث يقوم الطبيب بفحص منطقة القناة الاربية ويلاحظ وجود بروز الفتق من خلال القناة. خلال وقوف الطفل يلاحظ الطبيب وجود فرق بن المنطقتين الاربيتين، بحيث تبرز جهة أكثر من أخرى.
- ٣- عن طريق الأشعات مثل عمل اشعه علي البطن
- ٤- التخطيط فوق الصوتي لتشخيص الفتق الاربي في حال أن الفحص الجسدي لم يكن قاطعاً.

علاج الفتق الاربي عند الاطفال

معظم حالات الفتق الاربي المنحبس تحدث عند الأطفال في حال وجود الفتق الاربي خلال السنة الأولى من حياتهم، لذا فان وجود الفتق الاربي لدى الطفل لا بد من علاجه. علاج الفتق الاربي يكون بالمعالجة الجراحية فقط ولا يوجد امكانيات أخرى للعلاج.



العملية الجراحية



هناك طريقتان لإصلاح الفتوق الأربيّة. تُدعى إحداهما "إصلاح الفتق بالجراحة المفتوحة"، وهي تجري من خلال شقّ في الجلد فوق مكان الفتق.

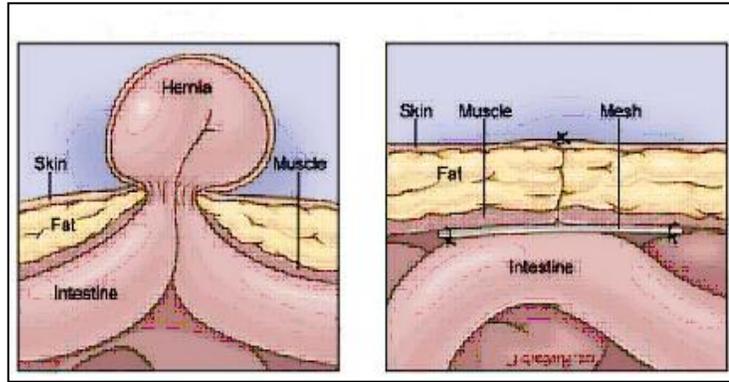
كما يمكن أيضاً إصلاح الفتق بطريقة بديلة بواسطة المناظير التي يجري إدخالها عبر شقوق جراحية صغيرة. وهذا ما يُدعى باسم "إصلاح الفتق بالتنظير". تشمل مزايا الجراحة "التنظيرية" أنها تحتاج إلى فترة شفاء أقل، وإقامة أقصر في المستشفى. ومضاعفات أقل.

تجرى العملية المفتوحة تحت التخدير العام أو الشوكي أو التخدير النصفي أو التخدير

الموضعي. أما العملية التنظيرية، فهي تجري تحت التخدير العام دائماً.

. في حالة الجراحة المفتوحة، يُجري الطبيب الجراح شقاً في منطقة الفتق. ثمّ يقوم بدفع الأمعاء والصفاق إلى داخل البطن. ثمّ يقوم الطبيب بتقوية الجدار العضلي خلف الفتق عن طريق الخياطة. ويُمكن أن يُقرّر الطبيب وضع شبكة اصطناعية للتقوية فوق ذلك المكان عند الأطفال الذين وصلوا إلى مرحلة البلوغ

. وفي النهاية يقوم الطبيب بإغلاق الشق. عند إجراء العملية بالتنظير، يجري ملء جوف البطن بغاز خاص. يُجري الجراح شقوقاً صغيرة تدخل منها المناظير إلى جوف البطن. لدفع الامعاء الى التجويف الخاص بها ووضع شبكة



أفضل سن لإخضاع الطفل للجراحة

ينصح الأطباء بإجراء الجراحة قبل بلوغ الطفل ٢٠ شهراً – أي قبل التدريب على استعمال المراض – حتى لا يعاني نفسياً في مرحلة لاحقة من حياته.

مضاعفات العملية الجراحية

كغيرها من التدخلات الجراحية، تشمل المخاطر المحتملة ما يلي:

- التهاب في الشق الجراحي
- إصابة الخصية في جانب الفتق
- تنكس الفتق الاربي

• إصابة الحبل المنوي .

• النزيف في المنطقة الاربية أو في الصفن .

نسبة المضاعفات في العمليات التي تم تعيينها مسبقاً تقريباً ١%، وكلما وجدت المضاعفات للفتق الاربي تزداد نسبة المضاعفات في العمليات الجراحية.

العناية بالطفل قبل خضوعه لعملية الفتق الاربي

• التاريخ المرضي و الفحص :-

يتم أخذ التاريخ المرضي عن أي دليل على عدوى والمرض وغيرها من أي اضطرابات عائلية. إذا كان الطفل لديه إصابة في أي موقع آخر في الجسم مثل البرد والسعال والحمى والإسهال و عدوى الجلد فإنه من الأفضل تأجيل الجراحة حتى يتم شفاء الطفل من العدوى . يؤخذ التاريخ العائلي لوجود النزيف أو أي حساسية ضد المخدر.

• التحاليل الشاملة :-

يتم أخذ صورة دم و فحصها لعدم وجود أي عدوى أو مرض مثل التهاب الكبد الفيروسي

• عدم تناول الطعام قبل العملية لمدة ٨ ساعات على الأقل :-

و ذلك لتجنب القيء أثناء التخدير

• الإستحمام :-

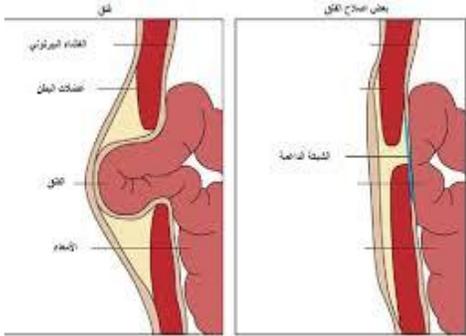
يمنع الطفل من الإستحمام بعد خضوعه للجراحة لمدة ٥-٧ أيام و لذلك لتجنب الجرح من البلل .

• تجنب الإمساك :-

ينصح الآباء بإعطاء الطفل الملين في الليلة السابقة بحيث يمر البراز و تصبح الأمعاء فارغة.

• الموافقة قبل التخدير و الجراحة :-

قبل بدء الجراحة . يجب أن تملأ الأسرة استمارة الموافقة لخضوع طفلهم عملية تصليح الفتق الاربي و تحملهم المسؤولية كاملة.



العناية بالطفل بعد العملية الجراحية

بعد انتهاء العملية، يُنقل المريض إلى غرفة الإنعاش، ومن ثم إلى غرفة عادية في المستشفى . يعدُّ ظهورُ بعض التورُّم حول الشق الجراحي وتبُّدُّ لون الجلد إلى الأزرق أمراً طبيعياً في عمليات الفتوق الأربيّة. ويمكن أن يصل

التورُّم والازرقاق إلى القضيبي أيضاً. لكن من الواجب إخبار الطبيب على الفور إذا كان الألم أو تغيُّر اللون شديداً جداً، أو إذا عجز الطفل عن التبوُّل. يجب الامتناعُ عدّة أسابيع عن حمل أشياء ثقيلة والانحناء والالتواء، وذلك للوقاية من عودة ظهور الفتق من جديد. سوف يساعد الطبيبُ المريضَ في تقرير موعد عودة الطفل إلى المدرسة، وفي تحديد الأمور التي يجب أن يلتزم بها، وذلك تبعاً لحالته الصحيّة. يجب الحرص على مراجعة الطبيب في حال ظهور أيّة أعراض جديدة، مثل الحمّى أو الألم الشديد في البطن أو الضعف أو التورُّم أو العدوى

• العناية بحمى او ألم الطفل : كما هو الحال مع اي عملية تقريباً، يصاب العديد من

الاطفال بحمى في اليوم الاول بعد العملية. ومن الطبيعي ايضاً للاطفال ان يكون

لديهم بعض الالم في الايام القليلة الاولى بعد العملية.

إذا كان الطفل يعاني من الحمى او الالم الخفيف بعد عملية جراحية، اعطه

اسيتامينوفين (تايلينول او تمبرا) او الإيبوبروفين (ادفيل او موترين).

• لا تعطي الطفل ASA (حمض الصفصاف او الاسبرين).

• إذا كان الطفل يعاني من ألم أكثر حدّة او إذا كانت هذه الادوية لا تساعد، لا بد من

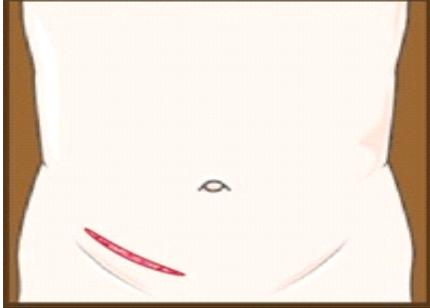
استشاره الطبيب

● الاكل والشرب بعد العملية

- يحتاج الطفل الى الكثير من السوائل بعد العملية. يجب ان يشرب اكثر من العادة عندما يصل الى البيت من المستشفى.
- ان شرب الكثير من الماء سوف يساعد. ينبغي ايضاً ان يتناول طفلك الاطعمة التي لديها الكثير من الألياف. وهذه تشمل الخبز المصنوع من الحبوب الكاملة والفواكه الطازجة. هذه الاطعمة سوف تمنع الإمساك، بينما يكون طفلك اقل نشاطاً ويتمثل للشفاء.

● نشاط الطفل

ينبغي ان يرتدي طفلك ملابس فضفاضة او الحفاضات. ويجب ان يشارك في اي نشاط هادئ، ويتجنب اللعب التي يتوجب عليه الركوب عليها لعدة اسابيع بعد الجراحة. وحالما يشعر طفلك على نحو افضل، يستطيع العودة الى النشاط والرعاية النهارية او المدرسة كالمعتاد.



● مواعيد المتابعة

سوف يحتاج الطفل الى مواعيد متابعة.

وما يجب عمله بعد عملية الفتق هو التالي

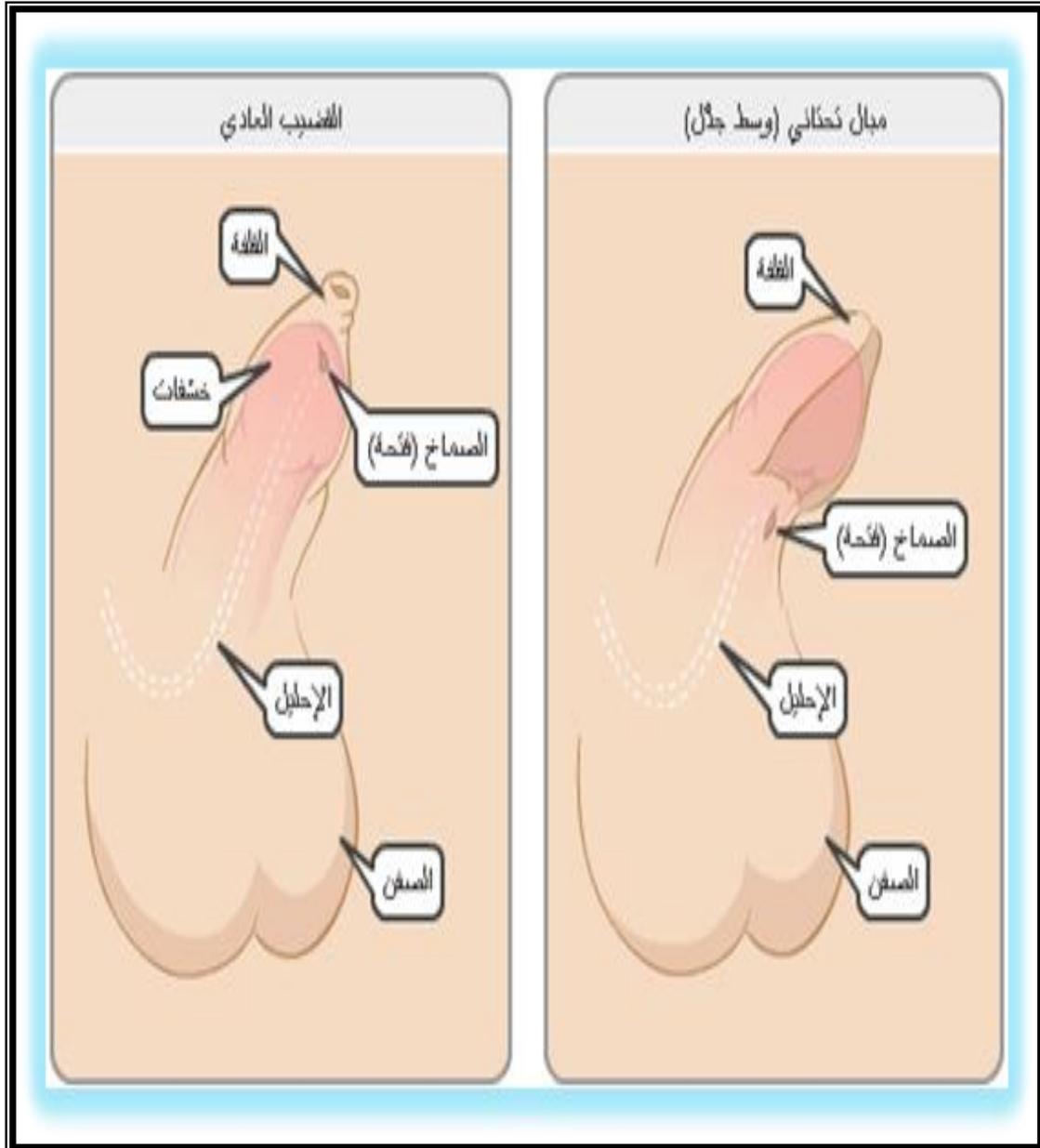
- المشي.
- تناول الألياف، والفواكه، والخضروات، لتجنب الإمساك، والإكثار من شرب السوائل؛ فإن هذه تساعدك على التخلص من الإمساك، وتجنب الرز والأجبان والشاي الثقيل.
- إجراء تمارين التمدد الخفيفة.
- يمكن تناول الأدوية التي تساعدك على التخلص من الإمساك مثل.
- وكما هو معروف فإن الجرح يلتئم خلال أسبوع إلى أسبوعين، إلا أن الأنسجة

الداخلية تحتاج لفترة ٦ أشهر لكي تلتئم تماما، ولذا لكي تتجنب عودة الفتق فإنه يجب التالي:

- تجنب الضغط أثناء التبرز، ولذا يجب أن لا يكون هناك إمساك، وعلاج الإمساك.
- تجنب صعود الدرج خلال هذه الفترة.
- تجنب البكاء لفترات كبيره
- تجنب الكحه الشديده

وأما من ناحية تأثير العادة السرية، فإنه إن لم يترافق هذا مع ألم في منطقة الفتق؛ فإنها قد لا تكون قد أثرت حتى الآن على نجاح العملية، فإن ظهر هناك ألم في منطقة الفتق، فيجب أن تراجع الطبيب الذي أجرى العملية، وتخبره عن الوضع.

الإحلال السفلي (الإحلال التحتي)



المقدمة

يتكون القضيب عند الجنين ما بين الأسبوع التاسع والأسبوع الثاني عشر من خلقه، وقد يحدث لهذا العضو خلل لدى تكوّنه مما يؤدي إلى أن يولد الطفل وفتحة القناة البولية لديه ليست في مكانها الصحيح، ويُسمى هذا التشوّه الخلقي ب (الإحلال السفلي) وعادة ما يكون هذا الخلل مترافقاً مع انحناء القضيب.

تكون إمكانية حدوث هذا الخلل بنسبة ١ - ٣٠٠ من المواليد الذكور، ولا يسبب هذا التشوّه اضطرابات أو مشاكل في البول، ولكنه يؤدي إلى خلل في عملية إنزال البول وبأن الفتحة تكون إلى أسفل مما قد يسبب الكثير من الإحراج للطفل، وإذا لم تُجرَ العملية عند الصغر فإن انحناء القضيب وعدم وجود فتحة القناة البولية في مكانها قد يؤدي إلى صعوبة في عملية الإنجاب، فقد أوجد الله سبحانه وتعالى القضيب الذكري لسببين مهمين لدى الذكور، السبب الأول أنه يحتوي على القناة البولية التي تنقل البول من المثانة إلى الخارج والسبب الثاني أنه يحتوي على القناة التناسلية



ماهو الإحلال السفلي ؟

الإحلال السفلي هو عيبٌ خلقي، حيث تكون فتحة أو مجرى البول على الجانب الأسفل من العضو الذكري.

وقد زادت الإصابة بحالات الإحلال التحتي على مدى العقد الماضي، لتُسجل إصابة ١ بين كل ٢٥٠ رضيع، وتتطلب تدخلاً طبياً لتجنب الأعراض الجانبية السيئة في المستقبل وعادة ما يكون مصحوب بالخصية المعلقة.

- غالبية الأطفال قادرون على التبول على شكل نافورة، والقليل منهم قادر على التبول واقفاً" وتوجيه البول كيفما يشاء، والسبب يعود الى أن فتحة التبول موجودة في قمة



وسط القضيب. لكن في الأطفال الذين لديهم ، فان الفوهة موجوده على الوجه البطني للقضيب، وبالتالي ينحرف البول باتجاه الأسفل نحو اقدام الطفل.

ما هي الأسباب التي تسبب الإحلال السفلي ؟

السبب الحقيقي غير معروف حتى الآن ، ولكن توجد عوامل مساعدة مثل:-

- مزيج من عوامل وراثية ، وعوامل هرمونية أثناء تكون قناة مجرى البول
- كبر سن الأم (أكبر من ٤٠ عاما).
- تعرض الأم للتدخين ، وبعض المواد الكيميائية و الأدوية أثناء الحمل .
- التوأم .
- العلاج البروجيستيرون أثناء الحمل والتذبذبات الهرمونية.
- عدم إنتاج ما يكفي من التوستيرون في خصيتين الجنين أو عدم إستجابته الخصيه للتوستيرون.

ما أعراض الإحلال السفلي في الأطفال؟

هناك عدة أعراض مختلفة يلاحظها الآباء في أطفالهم الذين يعانون من الإحلال السفلي، من أهمها:-

- عدم وجود فتحة البول في مكانها الطبيعي.
- انحراف اتجاه تيار البول غالباً إلى الأسفل.
- احتمال وجود انحناء في القضيب للأسفل أو إلى أحد الجانبين.
- وجود جزء من القضيب غير مغطى بالجلد وهو ما يسمى بـ(الطهارة الملائكية).

- احتمال عدم وجود إحدى الخصيتين أو الاثنتين معا داخل كيس الصفن وهو ما يسمى بـ(الخصية المعلقة) وهى من أشهر العيوب الخلقية المصاحبة للإحلال السفلى، وهو يحتاج إلى تشخيص جيد بواسطة جراح الأطفال.
- يصاحب بعض الأنواع النادرة من الإحلال السفلى والتي تكون فيها فتحة مجرى البول مابين القضيب وكيس الصفن والأمراض الوراثية التي يتعذر فيها تحديد جنس المولود، لذا فإن دور جراح الأطفال يكون فى غاية الأهمية لتشخيص وعلاج مثل هذه الأنواع من العيوب الخلقية.

ما هي أنواع الإحلال السفلي ؟

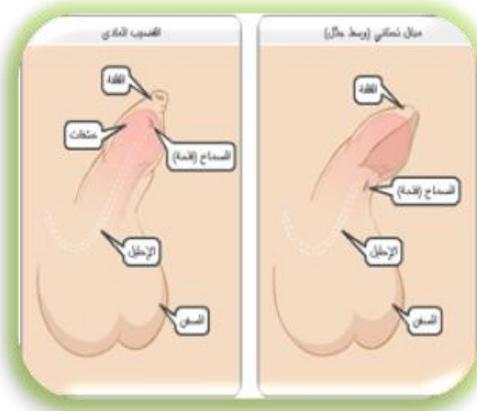
يتم تقسيم الأنواع وفقاً لمكان الإحليل : -

- **الأمامي** : ويشمل الغدد ، الجزء البعيد من القضيب .
- **المتوسط** : ويشمل منتصف القضيب ، الجزء القريب من القضيب .
- **الخلفي** : ويشمل كيس الصفن ، ومنطقة العجان

خطورته

يُمكن للإحليل التحتي أن يؤثر كثيراً على قدرة طفلك في التحكم بالبول وعلى خصوبته لاحقاً، لأنه مع وجود الثقب في الجانب السفلي من العضو الذكري، يكون التحكم في تدفق البول أكثر صعوبة

كما أنه من أجل الإطلاق الأمثل للحيوانات المنوية أثناء العلاقة الجنسية، يجب أن يكون الثقب في طرف العضو الذكري. من الشائع كذلك أن يكون الأطفال المصابون



بهذا العيب الخلقي يُعانون أيضاً من التواء العضو الذكري، ما يجعل العلاقة الجنسية أكثر حرجاً.

هل يُمكن مداواة الإحلال السفلي؟

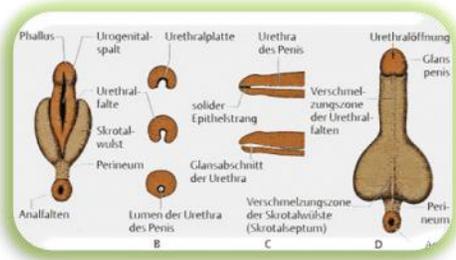


لا يُمكن مداواة الإحلال السفلي دون تدخل جراحي. ويتم ذلك بتحريك الثقب إلى مكانه الصحيح وتصحيح أي التواء أو تقوس في العضو الذكري.

ما هو أفضل سن لإخضاع الطفل للجراحة؟ وهل

علينا الانتظار؟

يجب أن يتراوح عمر طفلك ما بين ٤-١٨ شهراً ، وينصح الأطباء بإجراء الجراحة قبل بلوغ الطفل ٢٠ شهراً – أي قبل التدريب على استعمال المرحاض – حتى لا يعاني نفسياً في مرحلة لاحقة من حياته.



هل تترتب عن العملية أي أعراض جانبية أو مخاطر؟

كغيرها من التدخلات الجراحية، تشمل المخاطر المحتملة ما يلي:

- النزيف الخفيف أو القوي
- العدوى
- تورم العضو الذكري
- الأعراض الناجمة عن التخدير الكلي

هذا وسوف يحرص كل من الجراح وطبيب التخدير على إطلاعك بما يحدث وإعلامك بالمخاطر المحتملة وطرق الحد من النزيف أو منع الإصابة بالعدوى.

العناية بطفلك قبل خضوعه لعملية تصليح الإحلال السفلي :-

■ التاريخ المرضي و الفحص :-

يتم أخذ التاريخ المرضي عن أي دليل على عدوى والمرض وغيرها من أي اضطرابات عائلية. إذا كان الطفل لديه إصابة في أي موقع آخر في الجسم مثل البرد والسعال والحمى والإسهال و عدوى الجلد فإنه من الأفضل تأجيل الجراحة حتى يتم شفاء الطفل من العدوى . يؤخذ التاريخ العائلي لوجود النزيف أو أي حساسية ضد المخدر.

■ الفحص الكامل للطفل:-

■ التحاليل الشاملة :-

يتم أخذ صورة دم و فحصها لعدم وجود أي عدوى أو مرض

■ عدم تناول الطعام قبل العملية لمدة ٦ - ٨ ساعات على الأقل :-

و ذلك لتجنب القيء أثناء التخدير

■ الإستحمام :-

يمنع الطفل من الإستحمام بعد خضوعه للجراحة لمدة ٥-٧ أيام و لذلك لتجنب الجرح من الببل .

■ تجنب الإمساك :-

ينصح الآباء بإعطاء الطفل المليينات في الليلة السابقة بحيث يمر البراز و تصبح الأمعاء فارغة.

■ الموافقة علي إجراء الجراحة :-

قبل بدء الجراحة . يجب أن تملأ الأسرة استمارة الموافقة لخضوع طفلهم عملية تصليح الإحلال السفلي و تحملهم المسؤولية كاملة.

✓ يعود معظم الاطفال الى المنزل في نفس اليوم بعد عملية الإحلال التحتي . اليك بعض المعلومات التي يمكنك الاستفادة منها لمساعدة طفلك على الشفاء في المنزل:-

■ العناية بحمى او ألم طفلك

كما هو الحال مع اي عملية تقريباً، يصاب العديد من الاطفال بحمى في اليوم الاول بعد العملية. ومن الطبيعي ايضاً للاطفال ان يكون لديهم بعض الالم في الايام القليلة الاولى بعد العملية.

☒ إذا كان طفلك يعاني من الحمى او الالم الخفيف بعد عملية جراحية، اعطه اسيتامينوفين (تايلينول) او الإيبوبروفين.

☒ لا تعطي طفلك (الاسبرين)

■ دعامة: العناية بالانبوب داخل قضيبي طفلك

☒ سوف يكون لدى طفلك انبوب بلاستيكي يسمى

دعامة. تبقي هذه الدعامة الإحليل مفتوحاً كي يشفى بشكل صحيح.

☒ تثبيت الدعامة في مكانها بواسطة غرزة. سيتوجب

عليك جلب الطفل الى عيادة طب الجهاز البولي

لنزع الغرزة والدعامة. هذا سيحدث بعد حوالي اسبوع واحد إلى ١٠ ايام بعد العملية.

☒ في بعض الاحيان، تسقط الدعامة إلى الخارج في المنزل. يجب ملاحظة وجود نزيف.



■ يحتاج الاطفال الى قسطرة

قد يحتاج طفلك الى قسطرة بدلاً من، او الى جانب الدعامة، وذلك يتوقف على مدى تعقيد عملية اصلاح الإحلال السفلي. القسطرة هي انبوب صغير من البلاستيك الذي يصرف البول خارج الجسم.

١ قسطرة فولي

ان لدى بعض الاطفال ما يسمى قسطرة فولي موضوعاً في الإحلال بدلاً من دعامة. إذا كان هذا هو الحال، فانه من المرجح ان يبقى في الداخل لمدة تصل الى من ٤-٧ أيام.

٢ قسطرة فوق العانة

في حالات نادرة الى حد بعيد قد يكون للطفل قسطرة فوق العانة. يتم وضع هذه القسطرة جراحياً بين المثانة وخارج البطن. فهو يصرف البول الى كيس موصول بها. يتم نزع القسطرة فوق العانة بعد حوالي اسبوع واحد إما بعد نزع قثطار فولي او نزع الدعامة من الإحلال.

■ نزع الضمادة بعد العملية بواسطة نقعها في الماء (ماء دافئ)

- ☒ سيعود الطفل الى البيت مع ضمادة على القضييب. في غضون يومين (٤٨ ساعة) بعد ذلك ابدأ بإعطائه حمام الماء الدافئ. حتى تبدأ الضمادة بالسقوط من تلقاء نفسها. وينبغي ان تنزع الضمادة كاملاً في غضون يوم او يومين (٢٤ الى ٤٨ ساعة) بعد الجراحة. إذا كان لديك مشاكل في نزع الضمادة، اتصل بالطبيب.
- ☒ ضع كريم مضاد للجراثيم مثل Polysporin على المنطقة كاملة.

■ إذا كنت تستطيع، استعمل حفاضين

- ☒ إذا كانت دعامة طفلك او قثطاره بطول يكفي، يمكنك ان تستعمل حفاضين له. هذا يعني انه سيلبس حفاضين، واحد فوق الآخر. ولكن ألصق الانبوب خارج

الحفاض. ثم ضع الحفاض الثاني فوق الأول بحيث يمكن ان يسيل البول الى الحفاض الثاني.

✘ إذا كان الانبوب الخارج من قضيب الطفل ليس طويلاً بما يكفي ضع حفاضة واحدة فقط كما تفعل عادة.

■ قد يكون هناك نزيف خفيف

✘ قد ترى نزيفاً خفيفاً في قُطيب الطفل. هذا من المحتمل اكثر ان يحدث إذا ارتطم طفلك بشيء او خبط نفسه. النزيف القليل امر طبيعي. وقد ترى كمية صغيرة من الدم عند تغيير حفاض الطفل في الايام القليلة الاولى.

✘ إذا كان هناك الكثير من النزيف ولونه احمر عندما تصل الى المنزل من المستشفى، اضغط بحزم بيدك على قضيب الطفل على الفور. واصل الضغط لمدة ١٥ دقيقة واتصل بالطبيب.

■ الاكل والشرب بعد العملية

✘ يحتاج الطفل الى الكثير من السوائل بعد العملية. يجب ان يشرب اكثر من العادة عندما يصل الى البيت من المستشفى ولكن ذلك بعد عوده حركه الامعاء.

✘ ان شرب الكثير من الماء. وتناول الالياف مثل:- الخبز المصنوع من الحبوب الكاملة والفواكه الطازجة. سوف يمنع الإمساكحيثما يكون الطفل أقل نشاطا وحتى يتمثل الشفاء.

■ نشاط الطفل

ينبغي ان يرتدي الطفل ملابس فضفاضة او الحفاضات. ويجب ان يشارك في اي نشاط هادئ، ويتجنب اللعب التي يتوجب عليه الركوب عليها لعدة اسابيع بعد الجراحة. وحالما يشعر الطفل على نحو افضل، يستطيع العودة الى النشاط والرعاية النهارية او المدرسة كالمعتاد.

■ تشنجات المثانة (تقلصات المثانة)

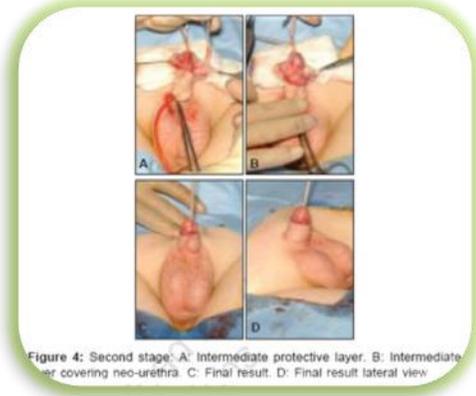
✘ ان وجود قسطرة في المثانة يمكن ان يسبب احياناً تشنجات. وهذه التشنجات قد تسبب تسرب البول من القضيب. التشنجات هي ايضاً غير مريحة. إذا كان الطفل لا يستطيع التعامل مع تشنجات المثانة، اتصل بالطبيب. يجب إعطائه دواء للتغلب علي هذه التقلصات

■ مواعيد المتابعة

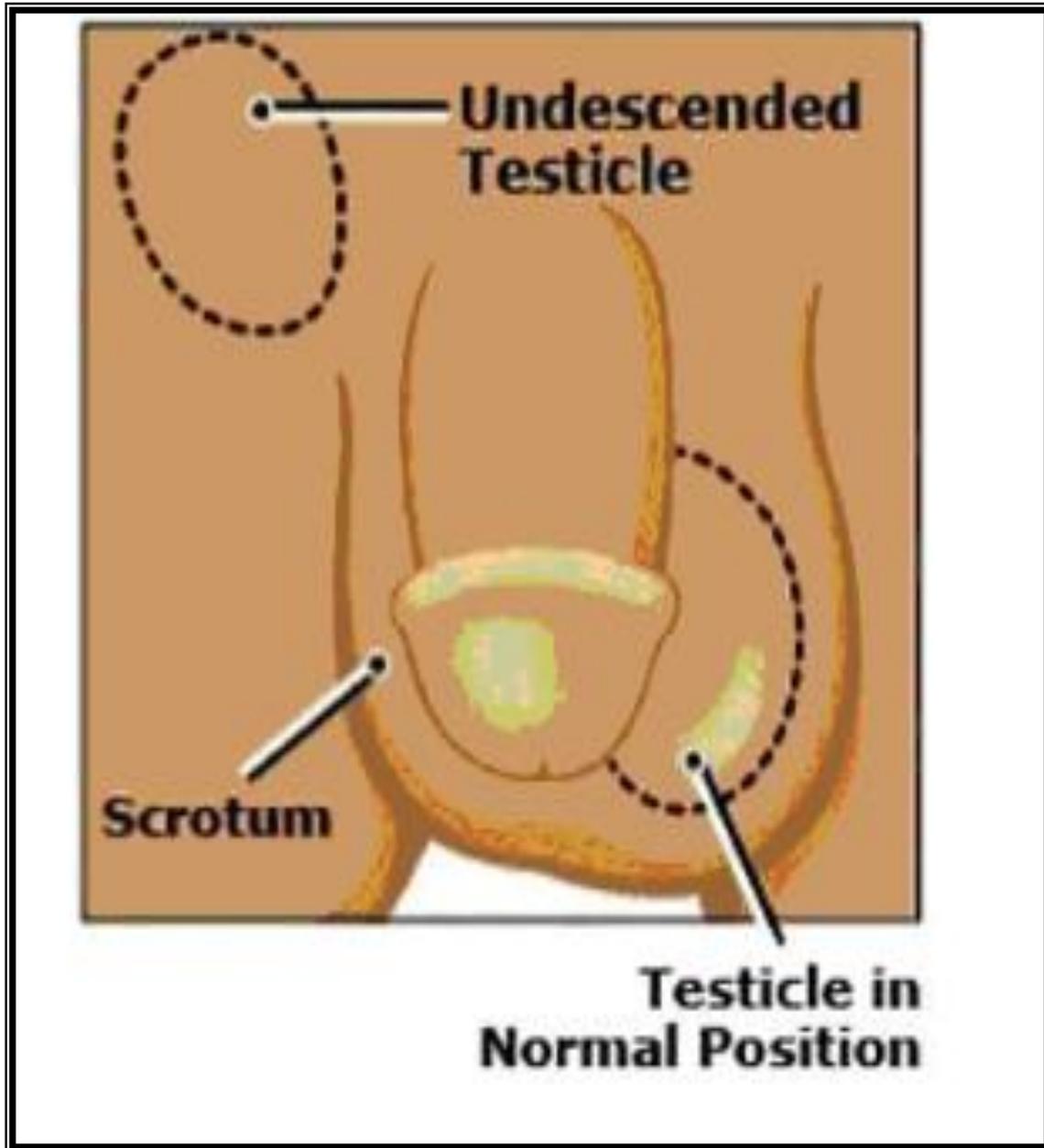
سوف يحتاج الطفل الى مواعيد متابعة لرؤيته مسار تدفق البول ولتجنب أي مضاعفات.

■ فحص القضيب، ومدى قدرة الطفل على التبول

بعد حوالي ٣ اشهر بعد العملية، ستجلب الطفل الى العيادة من اجل موعد المتابعة. إذا كان طفلك مدرّب على استعمال المراض، سيخضع لفحص حالة التدفق لقياس مدى نجاحه في التبول. إذا كان باستطاعته، تأكد من ان الطفل يشرب الكثير من السوائل قبل مجيئه الى الموعد.



الخصية المعلقة



• المقدمة

٢% الي ٥% من اجمالي المواليد الذكور يعانون من الخصية المعلقة في احدى الخصيتين، او كليهما معا. والخصية غير النازلة هي ظاهرة شائعة جدا لدى الاطفال الذكور الذين ولدوا قبل موعد ولادتهم، او قبل اكتمال ٣٧ اسبوعا من الحمل. اما الخصية المعلقة في كلتي الخصيتين معا فهي ظاهرة نادرة جدا. تحل المشكلة من تلقاء نفسها خلال الاشهر الاولى من حياة الرضيع. اما اذا كان الطفل يعاني من حالة اختفاء الخصية، التي لا تنزل من تلقاء نفسها الى المكان المعد لها، فبالامكان معالجة المشكلة بواسطة عملية جراحية يتم خلالها نقل الخصية الى واذا بقيت الخصية المعلقة الى داخل الصفن عند بلوغ الطفل الشهر الرابع من العمر، فالارجح ان المشكلة لن تحل من تلقاء نفسها. ولمعالجة اختفاء الخصية حين لا يزال الطفل رضيعا اهمية كبيرة، اذ انها تقلل من خطر ظهور مضاعفات في مراحل متقدمة من حياته، مثل العقم او سرطان الخصيتين.

تتشكل الخصيتان داخل جوف البطن في معرض تطور الجنين خلال الحمل. فخلال الشهرين الاخيرين من تطور الجنين في الحمل الذي يعتبر حملا طبيعيا، تترك الخصية جوف البطن بشكل تدريجي وتعبّر من خلال ممر شبيه بالانبوب الى داخل الاربية (قناة الاربية) وتتمركز داخل الصفن.

تعريف الخصية المعلقة

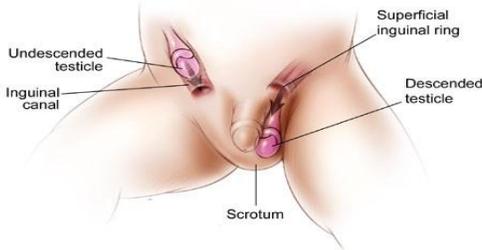
هي عبارة عن خصية لم تنزل الى المكان المعد لها في داخل الكيس الجدي (الصفن) خلف القضيب قبل ولادة المولود.

أعراض الخصية المعلقة

- عملية تطور الخصية توقفت في مرحلة معينة في الطريق.
- لن يكون بالامكان رؤية الخصية، او تحسسها، في المكان المتوقع وجودها فيه - داخل الصفن عن طريق عمل فحص للطفل.
- ملاحظة ظهور تغييرات في الاعضاء التناسلية للطفل.

الاسباب التي تسبب الخصية المعلقة

السبب الحقيقي الدقيق لحالة الخصية غير النازلة لا يزال غير معروف. وقد يكون اتحاد عدة عوامل جينية، اضافة الى حالة الام الصحية مع عوامل بيئية اخرى تسبب اضطرابا هرمونيا، مع عوامل عصبية - كلها، معا، هي التي تؤثر في نهاية المطاف على تطور الخصيتين وظهور تغييرات جسدية والتاثير على النشاط السليم.



العوامل المساعدة

- الولادة المبكرة
- وزن الولادة المنخفض
- التاريخ العائلي
- حالات طبية لدى الجنين تحد من نموه السليم، مثل "متلازمة داون او ظهور عيوب في جدار جوف البطن.
- تناول الام مشروبات كحولية خلال فترة الحمل،
- تدخين الام السجائر، او تعرضها لتدخين سلبي، خلال فترة الحمل،
- اصابة الام بمرض السكري مثل النمط الاول أو النمط الثاني او السكري الحملي .
- تعرض الوالدين الى انواع مختلفة من المبيدات.

تشخيص الخصية المعلقة

(١) التاريخ العائلي

(٢) فحص الطفل

يستطيع الطبيب تحديد مكانها عن طريق التحسس اليدوي فقط. وفي حال عدم الاحساس بالخصية (لا يمكن تحسسها)، يتم تحويل الطفل الى فحص لدى طبيب للجهاز البولي لاجراء فحوصات اضافية. ما يقارب الـ ١٠% من الخصى غير النازلة لا يمكن تحسسها.

(٣) التحاليل والاشعة

اذا كان الطفل يعاني من خصية لا يمكن تحسسها توجيه الطفل لاجراء واحد او اكثر من الفحوصات التالية:

- (التصوير بالموجات فوق الصوتية) لفحص وجود اعضاء تناسلية انثوية (المبيضان)

- التصوير بالرنين المغناطيسي

- منظار البطن

-اجراء عملية جراحية مفتوحة

اذا كان الطفل يعاني من عدم نزول كلتي خصيتيه، يتم اجراء عدد من الفحوصات الاضافية بهدف تحديد جنس الطفل بشكل دقيق .فقد تشير الخصيتان المفقودتان الى ان جنس الطفل من الناحية الجينية هو، في الواقع، انثى، تملك اعضاء جنسية خارجية ذكورية. هذه الحالة من عدم اليقين حول جنس الرضيع تسمى، في الطب، "جنس المولود موضع للخلاف"، او خنثى (تخنث)

الفحوصات لتحديد ما اذا كانت الظاهرة هي خنثى ام لا، تشمل:

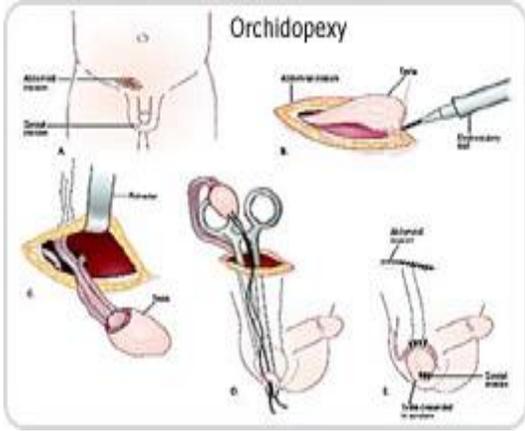
-قياس بضة مستويات هورمونية في الدم والبول

-فحص وتدقيق للجينات المسؤولة عن تحديد جنس الطفل

علاج الخصية المعلقة

يهدف العلاج الطبي الى نقل الخصية المعلقة واعادتها الى مكانها المعد داخل الصفن. العلاج في مراحل مبكرة جدا قادر على التقليل، بشكل جدي، من خطر ظهور مضاعفات لاحقة قد تتجم عن حالة الخصية المعلقة، مشاكل مثل العقم او سرطان الخصية.

(١)الجراحة



اصلاح ظاهرة الخصية المعلقة يتم، بشكل عام، بواسطة المعالجة الجراحية الرامية الى انزال الخصية المعلقة . خلال العملية الجراحية، يقوم الطبيب الجراح بسحب الخصية المعلقة ، بلطف وليونة، باتجاه الصفن، ثم يثبتها في مكانها بواسطة غرزة .تحتاج هذه العملية، بشكل عام الى فتح بضة شقوق صغيرة، كما يمكن اجراؤها باستعمال وسائل تنظيرية (جراحة بالمنظار).

التوقيت المثالي التي يستطيع فيه الطفل الخضوع لجراحة يتعلق بعدة عوامل:-

الصحة العامة للطفل ومدى التعقيد المتوقع في هذه الجراحة.

- بلوغ الطفل ٤ الى ١٨ شهريقلل من احتمالات الخطر ويمنع ظهور مضاعفات وتعقيدات في سن متأخرة.

في حالات معينة، قد تعاني الخصية من خلل في التطور السليم، او تكون ذات نسيج غير عادي او نسيج ميت. في مثل هذه الحالات، يقوم الطبيب بازالة نسيج الخصية.

وإذا كان الطفل يعاني من فتق اربي، بالإضافة الى الخصية المعلقة ، فعندئذ يتم اصلاح الفتق خلال العملية الجراحية نفسها.

العناية قبل العملية

-الموافقة المسبقة

-البقاء مع طفلك للراحة والدعم : عن طريق شرح العملية باختصار الى الام والطفل

-تركيب كانيولا لاعطائه الدواء أو السوائل

- قياس ضغط الدم ، معدل ضربات القلب ومعدل التنفس، ودرجة الحرارة

-يعطى دواء لمساعدة الطفل على الاسترخاء لينتقل إلى غرفة العمليات

-التخدير العام داخل العملية

العناية بعد الجراحة

١ . الخروج من المستشفى في نفس اليوم من الجراحة.

٢ . الاستحمام: في نفس اليوم عن طريق غمر المنطقة في الماء الدافئ.

٣ . لن يكون هناك أي تغيير على الجرح . قد نلاحظ غرز التي تحل من تلقاء نفسها مع مرور الوقت. قد يلاحظ تغييرات الجرح في اللون الاحمرار في البداية، ثم الأرجواني، ثم الأصفر المخضر، ومن ثم العودة إلى وضعها الطبيعي. قد نلاحظ أن منطقة الشق منتفخة.

٤ . العناية بكيس الصفن: قد تكون هناك كدمات وتورم. هذا سيتحسن في أيام قليلة. سوف يكون هناك مادة مثل الغراء تغطي الشق؛ سوف تسقط في أيام قليلة.

٥ . النشاط : لا تقييد النشاط بل يجب على الطفل تجنب اللعب لمدة ٣٠ يوم . يجب على الأطفال في سن المدرسة تجنب الرياضة النشطة لمدة ١٠ أيام .

٦ . تخفيف الآلام: عدم الراحة (أو الوجع) هو شائع لبضعة أيام في منطقة الشق. وعادة ما يعطى تايلينول لتخفيف الألم بناء على وزن الطفل،. نوصي باستخدام تايلينول للسيطرة

على الألم كل ٤-٦ ساعات حين يستيقظ (لا يوقظ الطفل لإعطاء تايلينول) أول ٢-٥ أيام بعد الجراحة، وبعد ذلك حسب الحاجة.
٧. استدعاء الطبيب في حالة:

١. نزيف شديد
- ب. زيادة الألم، وتورم، أو احمرار في الشق
- ج. أي افرازات أبيض أو أخضر من الجرح
- د. حمى (ارتفاع في درجة حرارة الطفل)
٨. متابعة: ما يقرب من ٨-١٠ أسابيع.

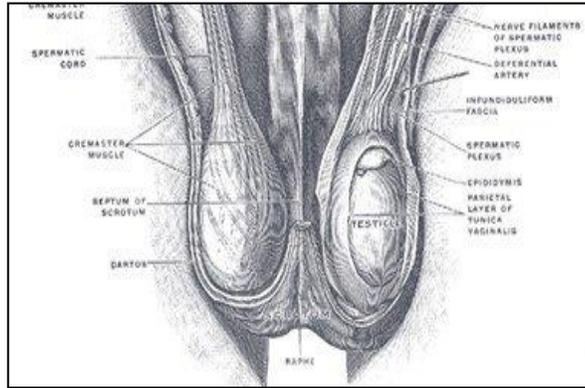
٩. يتابع الطبيب الجراح حالة الخصية بهدف فحص ومراقبة تطورها السليم مستقبلاً، وادائها السليم وبقائها في مكانها.

وقد تشمل العملية متابعة الاجراءات التالية:

-اجراء فحص جسدي

-تصوير فائق الصوت للصفن

-فحص المستويات الهرمونية



(٢)العلاج الهرموني

- حقن هرمون موجهة الغدد التناسلية المشيمائية البشرية .- هذا الهرمون قادر على جعل الخصية تتحرك نحو الصفن، لكن العلاج الهرموني بشكل عام اقل فاعلية من العملية الجراحية لحل المشكلة واصلاح الخل. قد يؤدي الى ظهور مبكر لسن البلوغ (النضوج الجنسي المبكر).

(٣)زراعة خصية اصطناعية داخل الصفن

اذا كانت تنقص الطفل خصية واحدة، او كلتا الخصيتين، يتم اجراؤها في سن الطفولة المتأخرة او في سن البلوغ. هذا النوع من الانسجة المزروعة - كيس صغير مليء بسائل معين - يعطي شكل خصيتين سليميتين في داخل الصفن.

واذا لم تكن لدى الطفل اية خصية تعمل بشكل سليم، يستطيع الطبيب المعالج تحويل الطفل الى اختصاصي المعالجة الهرمونية (اختصاصي الغدد الصماء بهدف مناقشة علاجات هرمونية مستقبلية ستكون ضرورية والزامية لضمان تطور جنسي سليم، للتسبب بظهور سن البلوغ وبلوغ النضوج الجسماني.

مضاعفات الخصية المعلقة

-سرطان الخصيتين

- مشاكل الخصوبة (ظهور العد المنخفض لخلايا المنى والعمق) عند البلوغ

- التواء الخصية :-ظهور التواء في الخصية هو التفاف القناة التي تحتوي على الاوعية الدموية و الشبكات العصبية وقناة المنى نفسها التي توصل سائل المنى من الخصيتين الى القضيب.

- (رضح): اذا كانت الخصية موجودة في الاربية، فمن الممكن حصول ضرر للخصية من جراء الضغط الواقع عليها نتيجة دفعها باتجاه عظم العانة .

-فتق اربي : قد تؤدي الخصية المعلقة الى حصول فتق اربي .اذا كانت الفتحة الموجودة بين جوف البطن وممر الاربية ضعيف جدا، فقد ينشأ ضغط على بعض الاعضاء الداخلية في جوف البطن فتبرز من خلال الاربية.

رتق فتحة الشرج



• المقدمة

الطفل الرضيع لا يشتكي ولا توجد لديه وسيلة الا البكاء ، ودور الام كبير جداً لفحص واكتشاف اي مشكلة يعاني منها الطفل ، من أهم هذه الملاحظات انه لا ينزل اي براز من فتحة الشرج والتي يتبعها انتفاخ كبير في حجم البطن . يحدث ذلك عندما تختفي فتحة الشرج او تكون مفتوحة في مكان مختلف ، و هي عيب يظهر منذ الولادة و احياناً تفتح فتحة الشرج بعيب خلقي في المثانة البولية في الذكور او في المهبل لدى الاناث .

• ماهو انسداد فتحة الشرج ؟

رتق فتحة الشرج يعني عدم وجود فتحة الشرج ،

ونسبته تصل لـ 1 من كل 5000 طفل ، وتكون نسبة

حدوث رتق فتحة الشرج أكثر لدى الإناث . يحدث رتق فتحة

الشرج نتيجة حدوث خلل جيني في الأسبوع السابع من تكون الجنين في الرحم .

• ماهي أسباب انسداد فتحة الشرج ؟

لا يوجد سبب واضح لاصابة الاطفال بذلك غير انها تحدث بنسبه 1 لكل 5000 طفل وهي نسبه كبيرة .

• ماهي أنواع انسداد فتحة الشرج ؟



• نوع علوي (عدم وجود اتصال بين القولون والمستقيم وهو عدم وجود فتحة الشرج

• نوع وسطي (انتهاء المستقيم عند فتحة المهبل أو قناة مجرى البول وهو وجود فتحة الشرج في مكان مختلف)

• نوع سفلي (ضيق شديد عند فتحة الشرج وهو انسداد او وجود غشاء على فتحة الشرج)

• ماهي أعراض انسداد فتحة الشرج ؟

- لا توجد فتحة الشرج او وجودها في مكان مختلف .
- عدم خروج القيء اول 24 : 28 ساعة .
- الم وانتفاخات في البطن .
- خروج البراز من المهبل او القضيب . .

• كيف يتم تشخيص انسداد فتحة الشرج ؟

التشخيص يتم بعد الولادة مباشرة لانه يجب فحص فتحة الشرج لكل الاطفال المولودة .

• ما هو علاج انسداد فتحة الشرج ؟

يتم علاج انسداد فتحة الشرج عن طريق عملية جراحية يطلق عليها رأب الشرج ، وتتم عن طريق تحريك فتحة الشرج إلى المكان الصحيح ، مع وجود عضلات تحيط بفتحة الشرج لتتحكم في خروج البراز . ولكن اذا كانت فتحة الشرج غير متواجدة ، يتم تقسيم الأمعاء الغليظة إلى قسمين ، ويتم عمل فتحة في جدار البطن لخروج البراز ، ويتم تجميع

البراز في كيس خارجي لحل مشاكل الهضم، والإمساك . الخطوة التالية تتم عن طريق تغيير مسار البراز ، حيث يتم انشاء اتصال بين المستقيم، وفتحة الشرج مع عمل فتحة في القولون (فغر القولون) ،سوف يتم اغلاق فتحة القولون بعد 8 أسابيع تقريبا من الجراحة وبعد ذلك سوف يحتاج الطفل لجلسات للعمل على توسيع فتحة الشرج لتصل للحجم الطبيعي

- النوع السفلي :

يعالج بفتح الغشاء الذي يغلق فتحة الشرج او عمل توسيع مستمر لفتحه معينه لفتحه الشرج بطريقة جراحية .

- النوع العلوي :

وهو الاصعب ويتم بعده جراحات منها فتح الامعاء على البطن مؤقتاً حتي يتم توصيل فتحة للشرج بعد 6 الي 9 شهور ثم يتم توصيل الامعاء مره اخري بعد 6 الي 8 اسابيع .

- متى يتم علاج انسداد فتحة الشرج ؟

مشكلة انسداد فتحة الشرج من أهم المشاكل التي تصيب الأطفال حديثي الولادة ، ويجب الاسراع في علاجها قدر الامكان .

- ما هي مضاعفات انسداد فتحة الشرج

- الإمساك
- انسداد الأمعاء .
- حدوث ناسور شرجي
- العدوى
- النزيف

• متى يستطيع الطفل التحكم في البراز ؟

يجب على الوالدين تدريب الطفل على استخدام المرحاض في سن ال 3 ، ولكن قد تلاحظ أن الطفل لا يتحكم في البراز جيدا ، فلا تقلق فهذا أمر طبيعي ناتج عن التشوه الموجود بفتحة الشرج ، وسوف يزول تلقائيا مع مرور الوقت .

• ما هي العناية بالطفل قبل عملية انسداد فتحة الشرج ؟

• التاريخ المرضي و الفحص :-

يتم أخذ التاريخ المرضي عن أي دليل على عدوى والمرض وغيرها من أي اضطرابات عائلية. إذا كان الطفل لديه إصابة في أي موقع آخر في الجسم مثل البرد والسعال والحمى والإسهال و عدوى الجلد فإنه من الأفضل تأجيل الجراحة حتى يتم شفاء الطفل من العدوى . يؤخذ التاريخ العائلي لوجود النزيف أو أي حساسية ضدالمخدر.

• التحاليل الشاملة :-

يتم أخذ صورة دم و فحصها لعدم وجود أي عدوى أو مرض مثل التهاب الكبد الفيروسي

• التصوير الإشعاعي :-

لمعرفة أي مضاعفات أخرى مرتبطة بانسداد فتحة الشرج

• عدم تناول الطعام قبل العملية لمدة ٦ ساعات على الأقل :-

و ذلك لتجنب القيء أثناء التخدير

• الإستحمام بعد العملية وليس قبل :-

يمنع الطفل من الإستحمام بعد خضوعه للجراحة لمدة ٥-٧ أيام و لذلك لتجنب الجرح من البلل .

● أنبوب أنفي معدي :-

لشفط الضغط المتواجد في المعدة و منع القيء .

● الموافقة قبل التخدير و الجراحة :-

قبل بدء الجراحة . يجب أن تملأ الأسرة استمارة الموافقة لخضوع طفلهم عملية تصليح انسداد فتحة الشرج و تحملهم المسؤولية كاملة.

● ما هي العناية المنزلية لطفلك بعد عملية انسداد فتحة الشرج ؟

● العناية بألم الطفل :-

إذا كان طفلك يعاني من ألم أكثر حدة يمكنك أيضاً إعطاء طفلك الإسيتامينوفين .

● العناية بالجرح و الضمادات :-

. يتم العناية الجيدة بالجرح و الضمادة لتجنب حدوث عدوى او مضاعفات ، و اذا كان الطفل يعاني من احمرار او تورم في الشق في غضون ١:٢ اسابيع من العملية ، يرجى الاتصال بالطبيب .



● العناية بفقر القولون :-

● يجب على المريض ان يتعلم التعايش مع فقر القولون

● لان بعض الناس يشعر بالرعب والاشمئزاز والتقزز من هذا الامر لكن هذا الشعور سرعان ما يختفي بمرور الزمن خاصة اذا وجد المريض الدعم الكافي.

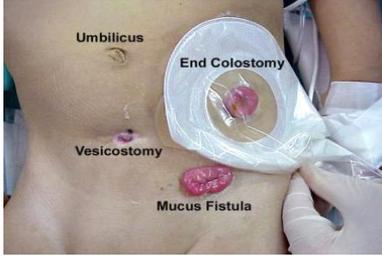
● ينبغي الابتعاد عن الاطعمة الصلبة .

● ينبغي شرب السوائل بكثرة للتعويض..

● ينبغي اكل الماده الليفيه بكثرة لان الامساك في حد ذاته مشكلة يجب الابتعاد عنها.

• دائما احمل معك عدة اكياس اضافية في السفر والترحال تحسبا للطوارئ

• يمكن تفريغ الكيس عند امتلائه للثلاث او قبل الاكل بنصف ساعة او عند وجود تسريب .



يجب اخبار الطبيب اذا حدثت اي مضاعفات .

العناية بالجلد المحيط بفغر القولون :-

يجب على الام او الطفل فحص الجلد المحيط بالثغرة ف كل مرة عند تغيير الكيس .
تعليم الام والطفل كيفية مطابقة اللاصق (ذات الجزء الواحد او الجزأين) على الفتحة :-

1- يوضع الطفل على ظهره .

2- ارتداء القفازات الغير معقمة لإزالة الجراب القديم مستخدماً قطنيات مرطبة بالماء الدافئ لإزالة اللاصق بواسطة الضغط برفق للجلد بعيداً عن الجراب اللاصق.

3- باستخدام صابون خفيف وماء تنظيف الجلد حول الفتحة .

4- إذا كان الجلد متهتكاً مطابقة الحاجز الجلدي ذات البودرة مع عمل نزع للبودرة بالفرشاة.

• إذا احتاج الأمر مطابقة الحاجز الجلدي الملدن للجلد مع عمل التجفيف.

5. تحضير الحواف البارزة بواسطة قطع الفتحة بحوالي 1/8 للجراب ومكان النزح يطبق الجراب على الحواف البارزة أي ينغلق عليه وسحب الورقة للخلف.

إذا تتطلب الأمر مطابقة حلقة رقيقة من الحاجز الجلدي التي به معجون ويوضع حول

الفتحة أو الثقب الجراب

التركيز بعناية ومطابقة الجراب وثم أمان غلق الجراب.

تدوين شكل الفتحة والنزح وما هو حول الجلد ونوع وكمية المخرجات وتثبيت

وتدوين تاريخ التغيير.

التدوين على الجراب وقت وتاريخ تغيير الجراب على الجراب نفسه.
5- تحضير الجراب بواسطة قطع الفتحة بحوالي 1/8 بالنسبة للفتحة ثم سحب طبقة الورق الخلفية للوراء.

- التركيز بعناية أثناء مطابقة الجراب حول الفتحة وأمان الغلق للفتحة.
- تدوين مظهر أو شكل الفتحة الجراحية والنزح حول الجلد ونوع وكمية الإخراج ثم كتابة تاريخ تغيير الجراب.

• اتساع فتحة الشرج :-

سوف تتلقى مجموعة من الموسعات الشرجية قبل أن تغادر المستشفى

- ضع الطفل على ظهره ،وعقد القدمين نحو الرأس مع توخي المرونة في الركبتين .

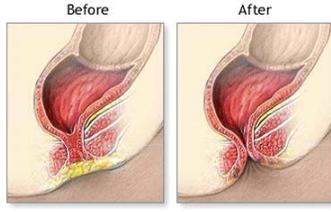


- تليين الموسع وتضاف برفق في فتحة الشرج .
- ☒ سحب الموسع.

- تنظيفه بالماء والصابون (كمية صغيرة جدا قد يحدث نزيف ، وهذا يمكن أن تكون طبيعي).

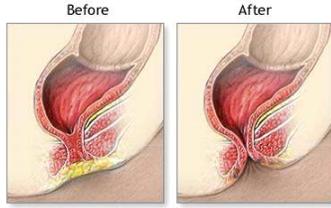


- استخدام مرتين يوميا لمدة أسبوع واحد.
- تغيير الموسع كل أسبوع لحجم أكبر.
- استخدام مرتين يوميا لمدة أسبوع واحد.
- وقف زيادة حجم الموسع عندك استخدامك اكبر موسع حسب توجيهات الطبيب.
- تقليل استخدام الموسعات لتصل الى مرة واحدة اسبوعيا .
- تقليل استخدام الموسعات لتصل إلى مرة كل أسبوعين .
- وقف استخدام الموسعات .
- تنظيف الموسعات بالماء والصابون وحفظها في الحال لحين استخدامها مرة اخرى .



nlm.nih.gov

ADAM



nlm.nih.gov

ADAM

متابعة الطبيب الخاص .

٤. لتحديد حجم الموسعات الشرج :

١-٤ شهور من العمر: ١٢

٤-٨ شهور من العمر: ١٣

• ٨-١٢ شهور من العمر: ١٤

• ١-٣ سنوات من العمر: ١٥

٣-١٢ سنوات من العمر: ١٦

أكبر من ١٢ سنة من العمر: ١٧-١٨

المراجع

- Pena A, Levitt MA. (2006) "Anorectal Malformations" in: Grosfeld et al. Ed. "Pediatric Surgery", Mosly
- [Jump up^](#) Colorectal Center, Cincinnati Children's Hospital Medical Center. "[Anorectal Malformations / Imperforate Anus.](#)" Retrieved July, 2005.
- [Jump up^](#) Haber HP, Seitz G, Warmann SW, Fuchs J (2007). "*Transperinealsonography for determination of the type of imperforate anus*". *AJR. American journal of roentgenology*189 (6): 1525–9. [doi:10.2214/AJR.07.2468](#). [PMID 18029895](#).