

الملخص العربي

إنّ الحجاب الحاجز هو عبارة عن عضله على هيئة قبة . تفصل بين التجويف الصدري و التجويف البريتيوني.

إنّ الفجوة المريئية عبارة عن افتتاح إهليجي في الجزء العضلي للحجاب الحاجز في حوالي تي ١٠ مستوى فقري. إنّ طول الفجوة المتوسط ٣ سنتيمتر. بسبب الشكل القبلي للحجاب الحاجز يقع الحد العلوي للفجوة المريئية إلى الأمام للحد السفلي، يتحرك مسار المرئ بشكل غير مباشر من الصدر إلى البطن

الغشاء الحجابي عبارة عن طبقه من النسيج الراحي ، الذي يُشكّل ارتباط مرن بين الحجاب الحاجز والمرئ في، تحت، وفوق الفجوة المريئية. يسمح هذا الغشاء بالحركات الطبيعية، لكن يمْنَع تشكيل فتق الجار مرئ . يفقد هذا الغشاء مطاطيته عادة ويُصبح دهناً حمل في الأفراد الأكبر سنًا.

يحدث فتق الحجاب الحاجز عندما ينزلق جزء من المعدة خلال الفجوة المريئية. ينقسم فتق الجار مرئ إلى أربعة أنواع و هذا التقسيم يعتمد على وجود بعض الأعراض من عدمه في كل نوع من هذه الأنواع الأربع، و من العوامل المسيبة لحدوث فتق الجار مرئ السمنة و الحمل و ذلك لأنه يؤدى إلى ارتفاع الضغط داخل البطن مما يؤدى إلى شد عضلات الحجاب الحاجز بما يضعف منه. يمثل فتق الجار مرئ (٥%) فقط من كُل فتق الحجاب الحاجز، لكن يعتبر الأعلى خطر لأنّه يمكن حدوث أعراض جانبية خطيرة مثل الالتفاف أو الاختناق المعموي.

على الرغم من ذكر هذه الحالات في الكثير من المراجع الطبية فلم يسلط عليها الضوء إلا من خلال ظهور المضاعفات ومن أهمها ارتجاع المرئ.

أغلبية فتق جار المرئ بدون أعراض و مُكتشفة عرضياً و يمكن حدوث أعراض جانبية خطيرة مثل الالتفاف أو الاختناق المعموي. و هناك الكثير من الأعراض التي تصاحب فتق الجار مرئ منها الشعور بالحموضة، و ارتجاع السائل المرياري و حدوث ألم أثناء البلع.

تقييم مريض فتق الجار مرئ المعروف مسبقاً أو المشكوك فيه يعتمد على حدة الأعراض وكفاءة الجراح. وذلك لتحديد نوع الفتق والأمراض المصاحبة ووجود ارتجاع المرئ من عدمه.

الفحوصات الأساسية المتبعة لتشخيص الفتق هي أشعة عاديه على الصدر ،أشعه بصبغه الباريوم المعاوية العليا لتحديد الفتق، المنظار الطولي المرن لتحديد حالات العيوب التشريحية الأخرى. الاشعه متعددة المقاطع يمكن أن يكون مساعدة، لكن لم يطبق بشكل دوري. أخيراً ، مراقبة نسبة الحمضية وبراسات حركه إفراغ المعدة تعتبر غير ضرورية.

تم الوصف الأولى لتصليح فتق الجار مرئ من قبل Akerlund في ١٩٢٦ ، تصليح فتق الجار مرئ التنظيري الأول وصف من قبل Cushier وزملاء في ١٩٩٢. منذ ذلك الوقت استخدمت على نحو واسع.

قد يكون الانتظار اليقظ بديل معقول للعلاج المبدئي لمرضى فتق جار المرئ مع وجود أعراض بالحد الأدنى. ولكن هناك خطر هام من احتمال إجراء للجراحة المستعجلة أو نصف المستعجلة بسبب الأعراض المتدهورة. بسبب الالتقاف أو الانسداد المعاوي. لأن أغلبية المرضى مسنون لذلك يترك القرار لخبره الجراح.

يتم أصلاح فتق جار المرئ إما عن طريق الفتح (سواء بالبطن أو الصدر) أو عن طريق استخدام المناظير و استخدام المناظير له الكثير من الفوائد التي لا توجد في الطريقة الأخرى و منها انه يقلل من نسب الوفاة و يقلل من الألم الناتج عن إجراء العملية و تقل مدة أقامة المريض بالمستشفى و يعود إلى كامل نشاطه بسرعة و في مدة أقل من الطريقة العاديّة لذا فالاتجاه الآن هو نحو استخدام المناظير في علاج فتق الحاجب الحاجز.

يتضمن تصليح فتق الجار مرئ بغض النظر عن الطريقة: إرجاع محتويات الفتق إلى البطن ، إزالة حويصلة الفتق، وإغلاق الفتق. يُوافق أكثر الجراحين أيضاً الذي يؤدون الجراحة إلى إجراء إصلاح ارتجاع المرئ وتثبيت المعدة أسفل الحاجب الحاجز.

أظهرت التقارير الأولى بعد التصليح التظيري للنوع، الثاني والثالث فتوق الجار مرى ، نسبة منخفضة من التكرار، لكن بدون بيانات متابعة إشعاعية موضوعية، أو بالمتابعة القصيرة نسبياً. أظهرت النتائج أن الإصلاح بدون شبكة سوف تراوح نسبة التكرار بين (٤٢% و٠%).

وخلصت هذه المقاله البحثيه الى:

ووجد من منطلق الدراسات البحثيه المختلفه أنه لا يوجد فروق شاسعه بين الطرق المختلفه لاصلاح فتق الجار مرى وتعتمد على مهاره الجراح.

يقلل اصلاح فتق الجار مرى مع اصلاح قصر المري نسبة التكرار ومعاوده الاعراض.

يقلل اصلاح فتق الجار مرى مع وضع شبكة نسبة التكرار ومعاوده الاعراض.