

الملخص العربي

إنّ الحجاب الحاجزَ هو عبارة عن عضله على هيئة قبة . تفصل بين التجويف الصدري و التجويف البريتوني.

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

الغشاء الحجابي عبارة عن طبقة من النسيج الرابط ، الذي يُشكّل ارتباط مرّن بين الحجاب الحاجز والمريء في، تحت، وفوق الفجوة المريئية. يَسْمَحُ هذا الغشاء بالحركات الطبيعية، لكن يَمْنَعُ تشكيل فتق الجار مريء . يَفْقَدُ هذا الغشاء مطاطيته عادة ويُصْبِحُ دهناً حَمَلًا في الأفراد الأكبر سنّاً.

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

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

أغلبية فتق جار المريء بدون أعراض ومُكْتَشَفَةٌ عرضياً و يمكن حدوث أعراض جانبية خطيرة مثل الالتفاف أو الاختناق المعوي. و هناك الكثير من الأعراض التي تصاحب فتق الجار مريء منها الشعور بالحموضة، و ارتجاع السائل المراري و حدوث ألم أثناء البلع.

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

الفحوصات الاساسيه المتبعة لتشخيص الفتق هي أشعة عادية على الصدر ،أشعه بصبغه الباريوم المعوية العليا لتحديد الفتق، المنظار العلوي المرن لتحديد حالات العيوب التشريحية الأخرى. الاشعه متعددة المقاطع يُمكنُ أن يَكُونُ مساعدً، لكن لَمْ يطبق بشكل دوري. أخيراً ، مراقبة نسبه الحمضية ودراسات حركه إفراغ المعدة تعتبر غير ضرورية.

تم الوصف الأولي لتصليح فتق الجار مرئ مِن قِبل Akerlund في ١٩٢٦ ، تصليح فتق الجار مرئ التنظيري الأول وُصِفَ مِن قِبل Cushier وزملاء في ١٩٩٢. منذ ذلك الوقت استخدمت على نحو واسع.

قَدْ يَكُونُ الانتظار اليقظ بديل معقول للعلاج المبدئي لمرضى فتق جار المرئ مَعَ وجود أعراض بالحد الأدنى. ولكن هناك خطر هامٌ مِنْ احتمال إجراء للجراحة المستعجلة أو نصف المستعجلة بسبب الأعراض المتدهورة. بسبب الالتفاف أو الانسداد المعوي. لان أغلبية المرضى مسنة لذلك يترك القرار لخبره الجراح.

يتم إصلاح 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 العادية لذا فالاتجاه الآن هو نحو استخدام المناظير في علاج فتق الحجاب 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 يُؤدّن الجراحة إلى إجراء إصلاح ارتجاع المرئ وتثبيت المعدة أسفل الحجاب الحاجز.

أظهرت التقارير الأوليه بعد التصليح التنظيري للنوع الثاني والثالث فتوق الجار مرئ ، نسبه منخفضه من التكرار، لكن بدون بيانات متابعه إشعاعية موضوعية، أو بالمتابعة القصيرة نسبياً. أظهرت النتائج أن الإصلاح بدون شبكة سوف تَراوُح نسبة التكرار بين (٠ % و ٤٢ %).
وخلصت هذه المقالة البحثيه الى:

وجد من منطلق الدراسات البحثيه المختلفه أنه لا يوجد فروق شاسعه بين الطرق المختلفه لاصلاح فتق الجار مرئ وتعتمد على مهاره الجراح.
يقلل اصلاح فتق الجار مرئ مع اصلاح قصر المرئ نسبة التكرار ومعاوده الاعراض.
يقلل اصلاح فتق الجار مرئ مع وضع شبكه نسبة التكرار ومعاوده الاعراض.