

العنوان:	التهاب التامور : دراسة الأسباب
المؤلف الرئيسي:	العودة، عمار
مؤلفين آخرين:	سميا، معين، بله، حسام(مشرف)
التاريخ الميلادي:	2000
موقع:	اللاذقية
الصفحات:	1 - 61
رقم MD:	576507
نوع المحتوى:	رسائل جامعية
اللغة:	Arabic
الدرجة العلمية:	رسالة ماجستير
الجامعة:	جامعة تشرين
الكلية:	كلية الطب البشري
الدولة:	سوريا
قواعد المعلومات:	Dissertations
مواضيع:	التهاب التامور، الطب الباطني
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/576507">http://search.mandumah.com/Record/576507</a>

وزارة التعليم العالي

جامعة تشرين

كلية الطب البشري

# التهاب التامور

## دراسة الأسباب

بحث علمي لنيل شهادة الدراسات العليا في الطب الباطني  
من كلية الطب بجامعة تشرين

ومشاركة الأستاذ الدكتور

معين سميا

بإشراف الأستاذ الدكتور

حسام بلة

إعداد الطالب عمار العودة .



## الإهداء

إلى القلب النابض أبداً بالحب والحنان  
إلى من عطاؤها بلا حدود .

إلى من ضحى بنفسه في سبيلنا  
إلى من منيه نفسه سعادتنا

إلى من عشت فيهم طفلاً وأصبحت معهم رجلاً .  
إلى من أكبر بهم ويكبرون بي .

إلى من التقت روحي بروحها واتفتنا على إتمام المشوار معاً .  
إلى مهجة القلب وبسمة الروح .  
إلى من أسعد بسعادتها وأشقى بشقائها .

إلى برعمة تفتحت عما قريب  
إلى المستقبل الذي أرى فيه نفسي .

إلى من أرتاح برويالهم وتطمئن نفسي بوجودهم .  
إلى من أعطوا وما بخلوا .

إلى كل من أحبني ... وإلى كل من أحب .

## كلمة شكر .

في نهاية الطريق نتوقف لحظة نستجمع ذكرياتنا الجميلة  
ننصي بإجلال لمن أعطى وما كلٌ ولمن تعب وماملٌ  
ولمن سار معنا في طريقنا الطويل .  
نرفع أيدينا بالتصية لكل يد بيضاء أضاءت لنا شمعة  
أو رفعت من طريقنا عثرة .  
ونصي بكل الود والوفاء أساتذتنا العظام وأخص  
منهم أعضاء الهيئة التدريسية في قسم الأمراض الباطنة  
والشكر الجزيل للأستاذ الدكتور حسام بلة الذي  
تفضل مشكوراً بالإشراف على هذه الأطروحة  
والأستاذ الدكتور معين سميا المشارك بالإشراف .  
ولا أنسى أعضاء لجنة الحكم .

## مخطط البحث

أولاً: الدراسة النظرية:

- . لمحة تشريعية وفيزيولوجية .
- . وظائف التامور .
- . التقاب التامور الحاد .
- . انصباب التامور .
- . التقاب التامور العاصر .
- . أسباب التقاب التامور .
- . جدول أسباب التقاب التامور .
- . طرق تشخيص التقاب التامور .
- . دراسات سابقة حول أسباب التقاب التامور .

ثانياً: الدراسة العملية:

- . أهمية البحث .
- . أهداف البحث .
- . مادة البحث .
- . وسائل البحث .
- . طريقة البحث .
- . عرض النتائج .
- . العمر .

٢. الجنس .
٣. الأسباب .
٤. الأعراض السريرية .
٥. العلامات السريرية .
٦. صورة الصدر الشعاعية .
٧. تخطيط القلب الكهربائي .
٨. التخطيط بالأمواج فوق الصوتية .
٩. تفاعل السلين .
١٠. الفحوص المضربة .
١١. دراسة سائل التامور .
١٢. دراسة سائل الجنب .

الاستنتاج من النتائج .

دراسة بعض الأشكال الخاصة من أسباب التهاب التامور .  
المقارنة مع الدراسات السابقة .  
الخلاصة .

التوصيات .

الملخص بالعربية والإنكليزية .

المراجع العربية .

لمراجع الأجنبية .

**أولاً : الدراسة النظرية .**

## ١. لمحة تشريحية فيزيولوجية:

لمحة تشريحية فيزيولوجية: التامور عبارة عن كيس قوي يغلف القلب مع استطالات أنبوبية قصيرة تغلف منشأ الأبهر واتصالاته مع قوس الأبهر والشريان الرئوي حيث يتفرع ، وكذلك الأجوف السفلي والأوردة الرئوية .

بالإضافة إلى ذلك يملك التامور ارتباطات وثيقة أمامية إلى القص وخلفية إلى العمود الفقري وسفلية إلى الحجاب الحاجز ويتروى من فروع صغيرة من الأبهر والندي الباطن ، كما يتلقى تعصيبه من العصب المبهم والعصب الحنجري الراجع الأيسر والصفيرة المريئية ويتعصب وديا من العقدة الظهرية الأولى والصفائر القلبية الأبهريّة والحجابية .

يتألف التامور من وريقتين الأولى خارجية ليفية والثانية داخلية مصليّة يوجد بينهما السائل التاموري والذي يكون بشكل رائق لدى الإنسان وتبلغ كميته حتى/٥٠مل/

إن الوريقة الحشوية قد تكون مصدر السائل الطبيعي والسائل الزائد في الحالات المرضية .

٥٩٢٥٧٧

يظهر السائل التاموري الطبيعي كرشاحة فائقة للمصل لأن الشوارد تتواجد في السائل التاموري بتراكيز مقارنّة مع تلك في الرشاحة الفائقة ، ويكون تركيز الألبومين حوالي ثلث تركيزه في المصل .

أما النزح اللمفاوي للفضاء التاموري فيتم عبر القناة الصدرية عبر الوريقة الجدارية للتامور ، ويتم عبر القناة اللمفية اليمنى عبر الفضاء الجنبى الأيمن .

## ٢. وظائف التامور:

تساعد الأربطة التامورية في تثبيت القلب تشريحيا وتمنع حركته الزائدة نتيجة تحركات الجسم ، كما تخفف الاحتكاك بين القلب والأعضاء المحيطة وتشكل حاجزا ضد انتشار الانتان والأورام من الأعضاء المصابة إلى القلب نفسه ، أما

دور التامور في تنظيم الدوران فهو مؤشر للجدل لأن الغياب الخلقي للتامور لا يترافق باضطراب في وظيفة القلب .

### ٣. التهاب التامور الحاد:

إن التهاب التامور الحاد هو متلازمة تنتج عن التهاب في التامور يتميز بآلم صدري واحتكاكات تامورية وشنوذات تخطيطية ، وإن نسبة حدوث التهاب التامور المكتشفة لدى تشريح الجثث تتراوح بين ٢-٦ % في الولايات المتحدة ، بينما يشخص سريريا في حوالي ١% من مرضى المشافي المقبولين وهذا يدل أن التهاب التامور هو عادة غير واضح سريريا ( رغم أنه يمكن أن يحدث نتيجة التداخلات الطبية والجراحية لدى المرضى بعد قبولهم ) .

إن الأسباب الأكثر شيوعاً لهذه المتلازمة تتضمن التهاب التامور البدئي مجهول السبب أو الفيروسي وتبولن الدم ( اليوريميا ) - احتشاء العضلة القلبية الحاد الاثنان الجرثومي - خزع التامور المرافق للجراحة القلبية - التدرن - الأورام - الرضوض .

إن جميع أنماط التهاب التامور هي أكثر شيوعاً لدى الذكور نسبة للإناث ولدى كهول نسبة للشباب . تعود التغيرات التشريحية المرضية في التهاب التامور لحاد إلى وجود الالتهاب الحاد متضمناً الكريات البيض كثيرات النوى بالإضافة لى ازدياد الوعي التاموري وتوضع الفيبرين .

**القصة المرضية:** إن الألم الصدري هو الشكوى الرئيسية الشائعة لمرضى التهاب التامور الحاد ، إن شكل الألم ومكانه متغيران إلا أنه عادة ما يتوضع خلف القص وأيسره ، وعادة ما ينتشر إلى لوح الكتف والرقبة ، وقد ينتشر إلى الكتف الذراع الأيسر مقلدا ألم احتشاء العضلة القلبية وقد يتوضع أحياناً في الشرسوف قلاً حالة بطن جراحي حاد .

يزداد الألم الصدري بالاضطجاع الظهرى والسعال والشهيق العميق والبلع يخف بالجلوس والانحناء للأمام .

أما الزلة التنفسية فتعود في جزء منها لزيادة الحاجة للتنفس السطحي لتجنب ألم الصدري الجنبى التاموري ويمكن أن تزداد بوجود الحمى أو بتطور انصباب موري كبير الحجم يضغط القصبات المجاورة والنسيج الرئوي .

وهناك أعراض أخرى كالسعال والقشع ونقص الوزن قد تنتج عن مرض مرافق كالترن وتبولن الدم .

**الفحص السريري:** الاحتكاكات التامورية قد تظهر في البدء أو تتأخر عدة أيام وهي عابرة عادة وتغيب في غضون ساعات قليلة لذلك قد لا تظهر أثناء فحص المريض ، تخف هذه الاحتكاكات أو تغيب خلال أيام قليلة لكنها قد تستمر عدة أسابيع

إن تمييز الاحتكاكات التامورية هام جداً لأنها تؤكد التشخيص بسرعة لكن لا تحدد السبب ، وأفضل ما تسمع الاحتكاكات (والمريض جالس) خلال توقف الشهيق على طول الحافة اليسرى المتوسطة أو السفلية للقص ، وبنسبة قليلة خلال الزفير القسري.

قد يخطئ البعض بين الاحتكاكات الجنبية و التامورية لكن الاحتكاكات الجنبية تسمع خلال الشهيق وليس عندما يوقف التنفس بينما تسمع الاحتكاكات التامورية عندما يوقف الشهيق أو الزفير .

لا يزيل انصباب التامور أصوات الاحتكاكات ، بل يمكن أن تختفي فقط كي تظهر متأخرة في أحد أوار المرض .

انتباج أوردة العنق : قد يكون مفتاح التشخيص ، لكن قد تحدث فقط عندما يتجمع السائل في جوف التامور ، يؤدي لارتفاع الضغط داخل التامور وينقص ممال الضغط بين الضغط الوريدي والضغط داخل التامور .

قد تحدث ضخامة كبد عندما يرتفع الضغط الوريدي المركزي ، وينجم عن ذلك ألم ومضض في القسم العلوي للبطن .

**تخطيط القلب الكهربائي (ECG) :**

تقتصر التبدلات التخطيطية في التهاب التامور على قطعة ST - T بينما تحدث تبدلات في ST - T وموجة Q في احتشاء العضلة القلبية .

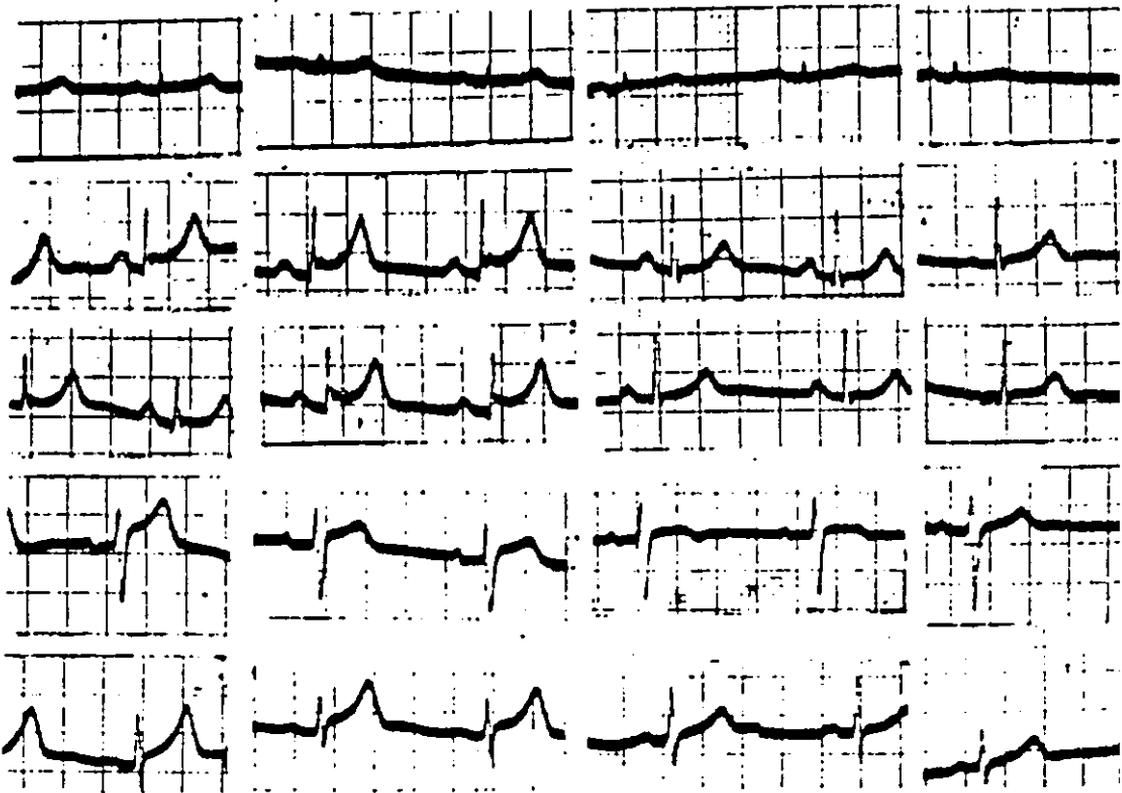
تظهر دلالة الأنبية بارتفاع قطعة ST ١-٢ ملم في الاتجاهات القياسية والاتجاهات قرب القلب دون حدوث تبدلات مقابلة. كما يحدث هبوط ST في

.AVR

تعود قطعة ST لخط السواء خلال عدة أيام ثم تتقلب موجة ، ويمكن أن يحدث انقلاب عميق بموجة T وهذا يعود لامتداد الالتهاب للعضلة البطينية تحت التلمور

يلاحظ أحيانا خوارج انقباض أنينية ورجفان أنيني بوجود انصباب تاموري كما ينخفض فولتايج QRS.

قد يؤدي التجمع السريع للسائل لبطء قلب جيبي ونظم وصلي ( شكل رقم ١).



الشكل ( ١ )

تخطيط قلب كهربي لمريض مصاب بالتهاب تامور مجهول السبب حاد ،  
 المسارى هي من الاعلى للاسفل I ، II ، III ،  $V_2$  ،  $V_4$   
 التخطيط الايسر سجل عندما شوهد المريض لأول مرة  
 التخطيطين بالوسط اجرا بعد يوم و ٢ ايام ، اما التخطيط بالايمن  
 فأجرى بعد ٦ ايام .  
 يلاحظ ترخل قطعة ST وموجات T غير مقلوبة .

## الفحوص المخبرية :

**تعداد الكريات البيض :** يشير نقص الكريات البيض بحدود ٥,٠٠٠ - ٦,٠٠٠ / مل للعدن - النتبة الحمامية - اللمفوما بينما ترافق الانتانات الفيروسية أو مجهولة السبب بارتفاع الكريات البيض ٨,٠٠٠ - ١٢,٠٠٠ / مل قد تعطي معايرة الأضداد المصلية بالمرحلة الحادة أو في مرحلة النقاهة دلائل مؤيدة لانتان فيروسي عادة كوكسساكي B4 أو B6 ، ولسوء الحظ فإن الطرق الحديثة لا تعطي أي دليل على الآلية الفيروسية في معظم المرضى .

**سرعة التثفل :** عادة ما تكون مرتفعة ويعود ارتفاعها عادة للسبب المؤدي لالتهاب التامور وتختلف شدة ارتفاعها أيضاً حسب السبب المرافق وليس لها قيمة في تشخيص التهاب التامور بحد ذاته لكنها تساعد في تشخيص السبب المرافق .

**الفحوص المخبرية الأخرى :** كالسكر - البولة - الكرياتين

هي فحوص تساعد في تحديد السبب المؤدي لالتهاب التامور .

أما الخمائر القلبية فقد ترتفع خاصة CK-MB مما يعكس التهاب عضلة قلبية مرافق وتفيدنا في التشخيص التفريقي مع احتشاء العضلة القلبية .

## صورة الصدر الشعاعية :

يعطى انصباب التامور عادة ظلاً كروياً دون زيادة في الارتسامات الوعائية بالمقارنة مع أمراض العضلة القلبية المنتشرة ، قد تكون حدود الأبهر والشریان الرئوي مبهمه لأن السائل يملأ جوف التامور الذي يحيط بهذه الأوعية الكبيرة .

ومن الشائع أن يترافق التهاب التامور الحاد مع انصباب جنب أيسر بكميات قليلة ومع انصباب جنب أيمن بدرجة أقل .

قد تظهر مناطق من ذات الرئة مرافقة ، لكن قد يكون هذا المنظر عائداً لمناطق من الانخماص الرئوي والانصباب الجنبى لأن هذه المناطق تصبح نيرة بعد بزل التامور والمعالجة بالسستيريونيدات.

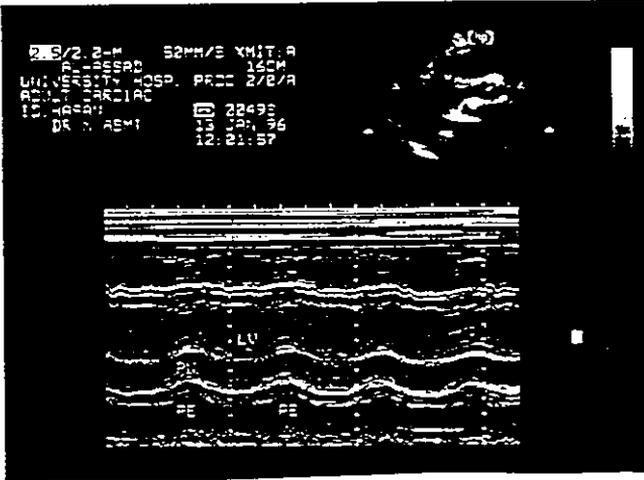
## التصوير بالصدى ( الإيكوغرافي ) :

يعتبر التصوير بالصدى الاختبار الأهم والنوعي لتشخيص انصباب التامور ، ويمكن للصدى أن يظهر الكميات البسيطة من السائل ( ٣٠ مل ) في الفراغ الخلفي للتامور ، وفي الانصباب الغزير يمكن إظهاره في الفراغ الأمامي أيضاً ،

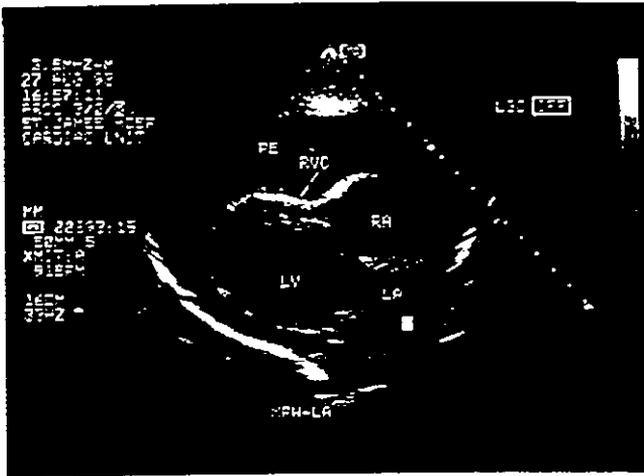
ويقدر حركة الحجاب وحجم البطين وحركة الصمامات كما ويمكن إظهار الانصباب التاموري أو الخثرات الموضعة بالايكو ثنائي البعد إذا لم تظهر بالايكو وحيد البعد

يظهر السائل التاموري كمسافة خالية من الأصداء بين سطح جدار البطين الأيسر الخلفي والتامور الخلفي في الانصبابات القليلة أو بين جدار البطين الأيمن الأمامي والتامور الجداري تحت جدار الصدر الأمامي مباشرة في الانصبابات لأكثر غزارة

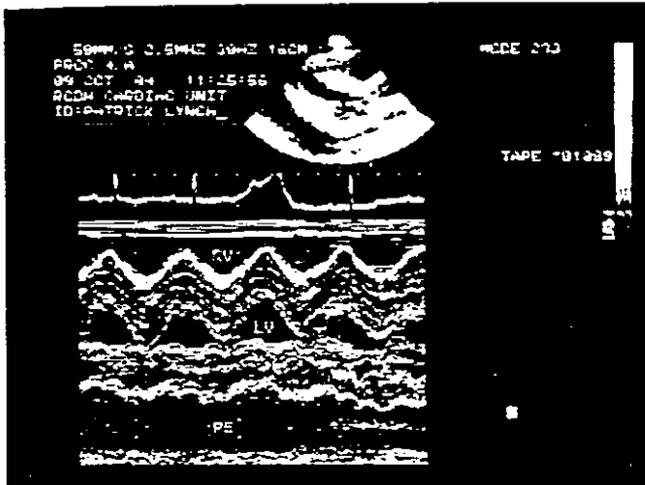
يتأرجح القلب بحرية ضمن الكيس التاموري في الانصبابات الغزيرة وفي لانصبابات الشديدة يتغير مدى حركة القلب التأرجحية ويؤدي هذا إلى التناوب كهربائي أحياناً ، ونستطيع تقدير كمية وتوضع السائل التاموري وذلك بواسطة تصوير بالصدى ثنائي البعد وفي الاندحاس يزداد قطر البطين الأيمن وينقص طر البطين الأيسر كما تنقص فتحة الدسام التاجي أثناء الشهيق وغالباً ما ينقص وف البطين الأيمن كما تحدث حركة انبساطية داخلية متأخرة للجدار الحر بطين الأيمن والأذنية اليمنى . الأشكال (٢) (٣) (٤) (٥) (٦) وهي مأخوذة من تاب الايكو السهل في أمراض القلب للدكتور محمد العاسمي .



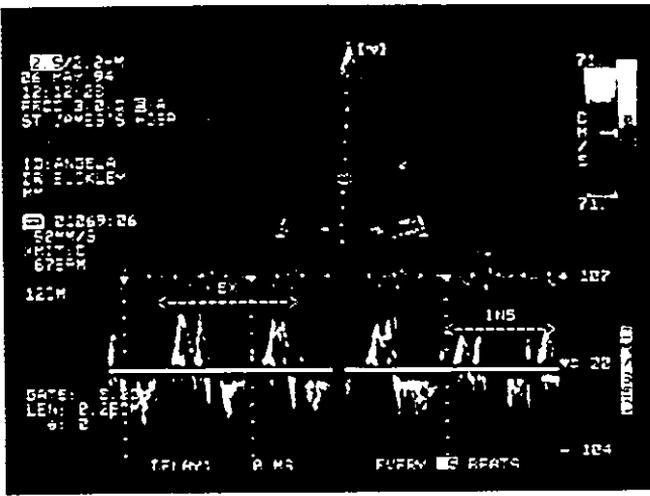
الشكل ٢ : مخطط حركي للبطين الأيسر (LV) وتبدو طبقة حرة تمثل انصباب التامور (PE) أسفل الخطوط الممثلة للجدار الخلفي للبطين الأيسر. (PW)



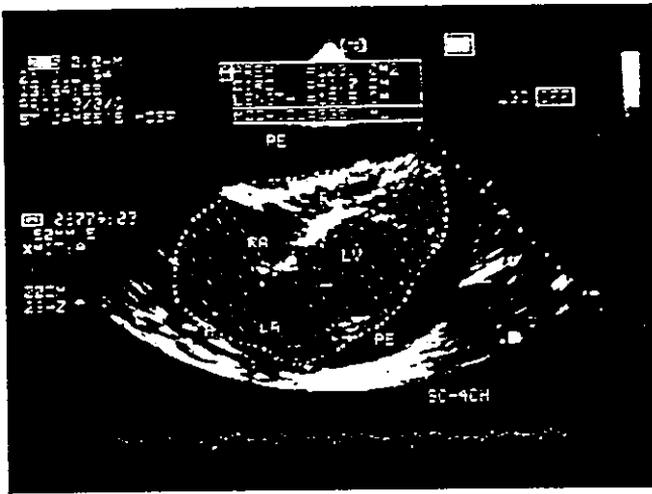
الشكل ٣ : المنظر جانب القصي ذو المحور الطويل يظهر انصباب التامور الغزير (PE) مع انخماص collapse الجدار الأمامي للبطين الأيمن RVC.



الشكل ٤ : علامة القلب المتأرجح Swinging heart وهي ناجمة عن وهط البطين الأيمن.

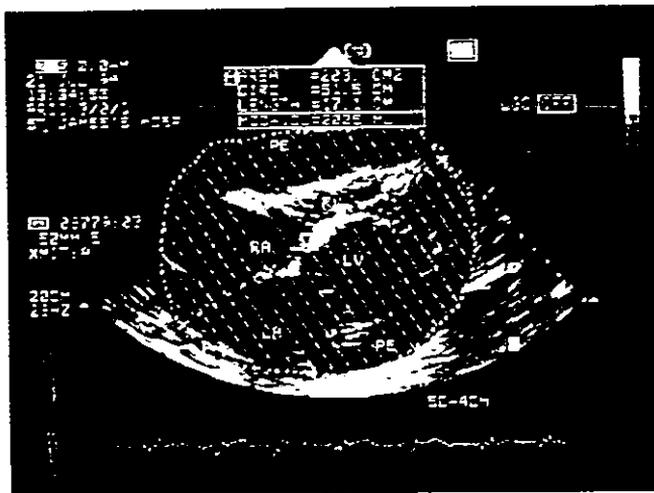


الشكل ٥ : قياس سرعة جريان الدم عبر الدسام التاجي في مريض مصاب بانصباب التامور. انظر كيف تنقص قيمة السرعة القسوى للجريان من حوالي (٨٠ سم/ثا) أثناء الزفير (EX) إلى أقل من (٤٠ سم/ثا) أثناء الشهيق (INS).



الشكل ٦ : أشكال تمثل كيف يتم حساب حجم انصباب التامور، المنظر المتعمل هو المنظر تحت الأضلاع - رباعي الأجواف ويتم ذلك بحساب:

A. مساحة الأجواف الأربعة الظاهرية وهي في المثال ٨٣٨ ملل.



B. مساحة (الأجواف + الانصباب) وهي في المثال ٢٠٢٥ ملل.

فيكون حجم الانصباب هو الفرق بين الحجمين السابقين وهو ١١٨٧ ملل.

## ٤. انصباب التامور والنظام التاموري :

يمكن أن يتطور الانصباب كاستجابة لأذية في الوريقة الجدارية في جميع حالات التهاب التامور الحاد ، هذا الانصباب قد يكون صامتاً سريريا ، إلا أن تراكم السائل يمكن أن يؤدي إلى ارتفاع الضغط ضمن جوف التامور مؤدياً إلى انضغاط القلب وتطور أعراض السطام القلبي .

إن تطور ارتفاع الضغط داخل التامور التالي لانصباب التامور يعتمد على عدة عوامل منها حجم السائل وسرعة الانصباب وصفات السائل .

أن الفراغ التاموري لدى الإنسان يحتوي من ١٥ - ٥٠ مل بشكل طبيعي من السائل ، لكن تراكم سائل إضافي ببطء يؤدي إلى تمدد التامور ، وتستطيع محفظته أن تستوعب حتى ٢ل من السائل دون ارتفاع الضغط ضمن التامور ، بينما تستطيع محفظة التامور غير المتمد أن تستوعب فقط من ٨٠ - ٢٠٠ مل من السائل المضاف بسرعة والذي يؤدي إلى ارتفاع في الضغط التاموري .

يتميز سائل الانصباب التاموري بخواص النتحة الفيزيائية وكثيراً ما ينجم السائل المدمى من التدرن أو الأورام ، لكنه قد يصانف في الحمى الرئوية والمتلازمة التالية للأذية القلبية .

قد يصادف سائل تاموري مدمى أحياناً في التهاب التامور اليوريميائي وفي التهاب التامور التالي لاحتشاء العضلة القلبية خاصة بعد استعمال مضادات التخثر .

إن أكثر ثلاثة أسباب تؤدي لحدوث الاندحاس القلبي هي الأمراض التنشؤية ، التهاب التامور مجهول السبب التهاب التامور اليوريميائي لكن يمكن أن ينجم أيضاً عن النزف في الفراغ التاموري التالي لعمليات القلب أو التالي للمرض بعد تقب القلب أثناء العمليات التشخيصية ، السائل ، تناول مضادات التخثر وإن المظاهر الأساسية الثلاثة للسطام هي :

١. ارتفاع الضغط داخل القلب .
٢. تمدد امتلاء البطين بالانصباب .
٣. انخفاض النتاج القلبي .

وتشمل التظاهرات السريرية الزلّة والزلّة الاضطجاجية وتسرع القلب واحتقان الكبد وفرط التوتر الوريدي الوداجي ، وهنا يجب الانتباه لأن التشخيص يتطلب مشعر اشتباه عال نظراً لغياب السبب الواضح لاصابة التامور في كثير من الحالات .

تخطيطياً تنقص سعة مركبات QRS والتأوب الكهربائي لموجة P وQRS والموجات T ، ونادراً ما تكون علامة كوسماول ايجابية في اندحاس القلب وكذلك الطريقة التامورية ، إن المعالجة الفورية للاندحاس قد تنقذ الحياة لذلك يجب البدء بإجراء إثبات التشخيص أي التصوير بالأموح فوق الصوت مباشرة .

لنبض التناقضي : وهو دليل هام على السطام ويتمثل بانخفاض الضغط الشرياني الانقباض أثناء الشهيق أكثر من ١٠ ملم

لمعالجة :

لمرضى المصابون بالتهاب تامور حاد يجب أن يستريحوا بالفراش حتى يزول الألم والحمى ويجب عدم استعمال مضادات التخثر ، يجب مراقبة كل مرضى تهاب التامور الحاد باستمرار وعناية لكشف احتمال تجمع الانصباب أو لكشف علامات الاندحاس .

١. كان الانصباب موجوداً فتراقب باستمرار الضغوط الشريانية والوريديّة سرعة القلب في حالات الانصباب ويجري تصوير القلب بالصدى بشكل متسلسل وعند تشخيص انصباب كبير يبزل التامور ويفرغ السائل قدر الإمكان وإذا بدت ظاهر الاندحاس فيجب إجراء بزل التامور فوراً لتخفيف الضغط داخل التامور ذي قد ينقذ الحياة .

## ٥. التهاب التامور العاصر المزمن :

يحدث التهاب التامور العاصر عندما يمنع التامور المتليف، والمتسّمك لملتصق الامتلاء الانبساطي للقلب ، عادة يبدأ بأعراض أولية لالتهاب تامور اد والتي قد لا تكتشف سريريا وتتميز بتوضع الفيبرين عادة مع انصباب

تاموري ، يتطور فيما بعد إلى مرحلة تحت حادة من الانصباب وامتصاصه ثم يتلى بمرحلة مزمنة من تندب ليفي مع تسمك في التامور .

تساهم توضعات الفيبرين في المرحلة المزمنة من التهاب التامور العاصر في تسمك وقساوة التامور ، إنن فإن التهاب التامور العاصر هو عادة عملية تدريجية متناظرة تنتج تحنداً في امتلاء كل الحجيرات القلبية .

تظهر بعض التقارير أن التدرن هو السبب في نسبة عالية من هذه الحوادث بينما تشير تقارير أخرى خاصة في العقدين الأخيرين في الولايات المتحدة إلى انخفاض نسبة الإصابات الدرنية .

قد تنتج هذه الحالة أيضاً عن الأخماج المقيحة والرض والجراحة القلبية والإشعاع على المنصف ، داء النوسجات والأمراض الورمية والتهاب التامور البدئي أو الحموي والتهاب المفاصل الرثواني والذئبة الحمامية واليوريميا ، يبقى السبب مجهولاً في كثير من الحالات حيث يفترض هنا أن السبب الأول كان رضاً أو التهاباً فيروسياً ونادراً ما يكشف التصوير الشعاعي الروتينسي تكلساً تامورياً عند مريض لا يشكو من أعراض قلبية .

## ٦ . أسباب التهاب التامور :

نستعرض فيما يلي أهم أسباب التهاب التامور :

### أ . التهاب التامور الحموي ( الفيروسي ) :

إن حمة كوكساكي نمط B وحمة ايكو هي أكثر الحمات المسببة لالتهاب التامور الحموي ، لا توجد تظاهرات سريرية تفرق بين التهاب التامور الحموي والتهاب التامور البدئي ( مجهول السبب ) ويبدو أن معظم أسباب التهاب التامور البدئي المكتسبة في المجتمع تعود لأخماج حموية مجهولة ويؤكد ذلك وجود قمة فصلية له في الربيع ، في حين تكثر حالات التهاب عضل القلب في أحر الشتاء .

إن حمة النكاف - الانفلونزا - ابستائين بار - الحماق - الحصبة الألمانية وحمة التهاب الكبد B يمكن أن تسبب التهاب عضل القلب والتهاب تامور حادين مع اختلاطه بالسطام التاموري والتهاب تامور عاصر وألم صدري شديد ،

إن الحماق يمكن أن يختلط بذات رئة أو التهاب مفاصل أو التهاب تامور حاد .  
الكوكسيلا بورنيتي وعامل الريكتسيا المسبب حمى Q وهي حمى مع صداع  
وذات رئة أيضا هو عامل مسبب لالتهاب التامور في المناطق المستوطن فيها .  
نادراً ما تسبب الميكوبلاسما ، وهي سبب مهم لذات الرئة اللاجرثومية ،  
التهاب التامور بالميكوبلاسما .

الحمى المضخمة للخلايا يمكن أن تسبب التهاب تامور في المرضى ضعفي  
المناعة وتعرف الآن زيادة حدوث التهاب التامور بالحمى المضخمة للخلايا في  
المراحل المبكرة للإيدز .

في مجموعة من ٣٧ مريضاً بسطام تاموري في مشفى نيويورك ١٣ منهم كان  
لديهم إيدز ومنهم اثنان لديهم التهاب تامور جرثومي واثنان التهاب تامور درني .  
وفي مجموعة من ٥٠ مريضاً بالتهاب تامور مع انصباب غزير والذين أجري لهم  
بزل تامور كان الإيدز موجوداً في ١٤ منهم وكان لدى واحد فقط التهاب تامور  
جرثومي وواحد لديه لمفوما و٨ لديهم التهاب تامور درني والباقي لم يعرف  
لديهم سبب التهاب التامور حيث ربما كان ( الانتيروفيروس ) وربما الإيدز نفسه  
وفي دراسة مجموعة من (٤٣) مريضاً بالتهاب تامور مجهول السبب أثبت وجود  
حالة ناجمة عن حمى كوكساكي B وحالتان ناجمتان عن حمى الأيكو وثلاث  
حالات ناجمة عن الحمى الغدية وحالة عن النكاف وحالة ناجمة عن حمى داء  
وحيدات النوى الخجمي وفي باقي الحالات لم يثبت وجود دليل على الإصابة  
بانثان فيروسي .

## ب. التهاب التامور الدرني ( السلي ) :

انخفضت نسبة الإصابة بالتدرن خلال العقود الأربعة الأخيرة في الدول  
الصناعية وذلك نتيجة المعالجة الكيماوية الفعالة والضمان الصحي العام أما حالياً  
فالتدرن هو سبب غير شائع لالتهاب التامور في هذه الدول ما عدا لدى مرضى  
الإيدز .

ففي مجموعة من (٢٣١) مريضاً والذين مرضهم كان مشخفاً بالخزعة  
رياليزل ومتابعاً بعناية ، شخّص التدرن في ٤% منهم و٧% من المرضى الذين  
حدث لديهم سطام تاموري حسب عيادة Myoclinic .

إن نسبة حدوث التهاب التامور الدرني لدى مرضى التدرن تراوحت بين ٨ و ١٠% تزداد هذه النسبة لدى مرضى الإيدز حيث يحدث التهاب تامور بالمتقطرة الدرنية المرافقة للإيدز كما تزداد هذه النسبة لدى سود جنوب وغرب أفريقية وسود أمريكا الفقراء والمهاجرين من آسية وأفريقية ، في جنوبي أفريقية يكون التهاب التامور العاصر الثانوي للتدرن السبب الثاني الأشيع لقصور القلب بعد داء القلب الرثوي .

يأتي التهاب التامور عادة من الانتشار من العقد اللمفية حول القصبات أو العقد اللمفية المنصفية أو من الانتشار الدموي من الخمج السلي الأولي أو من بؤرة سلية متخثرة في الرئتين أو الجنب والعمود الفقري أو من الانتشار الدموي من سل ثانوي بولي وتناسلي أو ضمن القحف .

نكر Wood أن هنالك ( ٣٠ ) إصابة من بين ( ٤٠ ) حالة التهاب تامور عاصر ناجمة عن التدرن منهم ٣٥% ما زال لديهم إصابة سلية فعالة .

## ج. التهاب التامور القيحي (الجرثومي) :

رغم أن الطيف السريري لالتهاب التامور القيحي قد تغير خلال العقود الخمسة الأخيرة فما زالت الوفيات عالية ، إلا أن نسبة الإصابة بالتهاب التامور القيحي قد انخفضت منذ اكتشاف الصادات في الأربعينات .

إن التهاب التامور القيحي يستمر بشكل أساسي في الحدوث كاختلاط لذات الرئة أو نقيح الجنب بالمكورات العنقودية - المكورات العقدية والرئويات . التهاب التامور المحدد لذاته ما زال يلاحظ لدى الشباب المصابين بالتهاب لوزات متكرر بالمكورات العقدية في غياب الحمى الرئوية .

إن حدوث التهاب التامور بالعنقوديات المقاومة للبنسلين المكتسب في المشافي بعد فتح الصدر قد ازداد وهناك طيف واسع من العضويات مسؤولة عن التهاب التامور القيحي تتضمن العقديات غير A والعصيات سلبية الغرام ( كالبروتيس و الايشيريشيا كولي والعصيات الزرق والكلبيسيلا ) وأيضا البروسيلا و السالمونيلا والنايسيريات السحائية ومحبات الدم النزلية وعوامل أخرى غير شائعة.

نادراً ما يتسبب التهاب التامور القيحي عن جراثيم لاهوائية وإن مراجعة ثلاثين مريضاً أظهرت أن الجراثيم اللاهوائية المعزولة كانت في ٥٧% فقط بينما مشتركة مع جراثيم هوائية في ٤٣% .

وفي دراسة ( ١٢٠ ) مريضاً كانت الجراثيم المسببة كالتالي : العنقوديات ٤٤% - الأنفلونزا ٢٢% - السحائيات ٩% - الرئويات ٦% السالمونيلا ٣% - E COLI ٢% - عقديات مقيحة ١% .

تحدث الإصابة عادة من مصدر خمجي أو انتان أو عبر الدم من تحت الحجاب الحاجز أو عبر خراجات داخل الرئة أو خباثات أو رضوض الجهاز الهضمي .  
النايسيريا السحائية يمكن أن تسبب التهاب تامور مع أو بدون التهاب سحايا مرافق وصفت الليجيونيلا في التهاب التامور القيحي معزولة أو مرافقة لانتان رئوي بالليجيونيلا .

الامتداد الرئوي المباشر من ذات رئة جرثومية أو تقيح جنب تحدث الآن من ٢٠ - ٥٠% من حالات التهاب التامور القيحي .

إن السطام المفاجئ هو سبب شائع للوفاة ففي دراسة ( ٥٥ ) مريضاً تم لتشخيص قبل الوفاة في ( ١٨ ) فقط وفي دراسة ٢٠ مريضاً شخص منهم ( ١٢ ) فقط قبل الوفاة نجا منهم ( ٧ ) فقط .

### د. التهاب التامور الفطري والطفيلي :

يعتبر الهستوبلاسموز السبب الأكثر شيوعاً في التهاب التامور الفطري أما نوكسيد يومايكوس فيحدث لدى المرضى الذين يستشقون أبواغ الكلاميديا .  
لاسبرجيلوس ، والمبيضات البيض يمكن أن تحدث أيضاً التهاب تامور فطري .  
إن التهاب التامور بالرشاشيات والفطور البرعمية والكروانية يحتاج لتفجير تامور وإعطاء الأمفوتريسين B ، ويجب التفكير بها في كل مريض معرض لانتان الفطري خاصة المصابون باللمفوما والإبيضاضات والمعالجون بمثبطات مناعة .

يمكن للطفيليات أن تسبب التهاب تامور وقد نكر أن المتحولات الزحارية قد سبب التهاب تامور وذلك بالانتشار المباشر بالطريق العام أو بانثقاب خراج كبدي حاري على جوف التامور ، وقد تسبب الشوكاء Echinococcus التهاب مور وقد ذكرت أكثر من مائة حالة في الأندب الطبي .

## ٥. التهاب التامور التالي لاحتشاء العضلة القلبية :

يكثر حدوث التهاب التامور خلال الأيام الأولى بعد احتشاء العضلة القلبية وتختلف نسبة حدوثه بين ٢٨ - ٤٠ % من الاحتشاءات عبر الجدار المميّنة المدروسة بتشريح الجثة ، وفي مراجعة ( ١٤ ) حالة التهاب تامور بعد احتشاء العضلة القلبية كانت نسبة الحدوث الوسطية بسماع الاحتكاكات التامورية فقط ١٤ % بينما تصبح ٢٥ % إذا كانت أعراض الألم الصدري الموضع أو الاحتكاكات التامورية أو كليهما معاً كانا يستعملان كمعيار للتشخيص .  
إن استعمال حالات الخثرة كالمستربتوكتياز يبدو أنه خفف إلى النصف نسبة حدوث التهاب التامور التالي لاحتشاء العضلة القلبية .

هنالك أشكال أخرى لالتهاب التامور بعد الاحتشاء تتضمن النزف ضمن التامور التالي لتمزق القلب والحدوث المتأخر لمتلازمة درسلر  
**و . متلازمة درسلر :**

هي مرض حاد يتميز بحرارة والتهاب تامور والتهاب جنب قد يكون من منشأ مناعي ذاتي تحدث بعد أسابيع إلى شهور من احتشاء العضلة القلبية الحاد .  
كما ذكرت متلازمة أخرى مشابهة من حرارة والتهاب تامور تتلو الصمامة الرئوية مع احتشاء رئوي .

حالياً يمكن التمييز بين التهاب التامور الحاد التالي للاحتشاء والذي يحدث خلال الأسبوع الأول بعد الإحتشاء ومتلازمة درسلر والتي تظهر بعد ( ٢-٣ ) أسابيع من الإحتشاء مع مجال يتراوح بين أسبوع واحد وعدة أشهر .

أوضح درسلر أن هذه المتلازمة تحدث في حوالي ٤ % بعد الإحتشاء الحاد إلا أن الدراسات الحديثة من نفس المشفى تشير إلى أن نسبة حدوث هذه المتلازمة قد انخفضت بشكل واضح ويعود ذلك إلى المعالجة الحالية للخثار مع إعادة التروية الناجحة المتبعة في علاج الإحتشاء .

أسباب هذه المتلازمة غير واضحة إلا أن الأعراض المرافقة ووجود الأجسام الضدية ضد عضلة القلب أدت إلى أن الفرضية المناعية الذاتية ( مع أو بدون انتان فيروسي ) هي العامل الإمراضي .

في دراسة ( ٧٠٣ ) مرضى باحتشاء عضلة قلبية حاد فإن التهاب التامور المشخص بنقصي الاحتكاكات التامورية حدثت في ربع المرضى الذين لديهم احتشاء عبر الجدار وفي ٩% من مرضى الاحتشاء دون موجة Q .  
التهاب التامور الليفيني اكتشف في ١٠% من مرضى الإحتشاء دون موجة Q بتشريح الجثة ويحدث في الإحتشاء الأمامي أكثر من السفلي ويحدث بعد الإحتشاء الجانبي واحتشاء البطين الأيمن .

## ز . التهاب التامور اليوريميائي :

يعتبر أحد النماذج الأكثر شيوعاً لالتهاب التامور في المشافي العامة وقد لوحظ وجود التصاقات ليفية بفتح الجثة في ٥٠% من المصابين بقصور كلوي .  
قد يختلط بالسطام أو الانصباب العاصر ويكون التدبير بالمعالجة المحافظة غالباً لكن القليل منهم يحتاج لتفسير التامور وفي دراسة بمشفى جامعة إيوري تبين أن التهاب التامور اليوريميائي هو أكثر الأسباب شيوعاً لتفسير التامور في ( ٢٥ ) حالة من ( ٧٢ ) حالة خلال خمس سنوات .

التهاب التامور هو اختلاط كثير الحدوث وخطير لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وقبل اكتشاف التحال كان التهاب التامور اليوريميائي يكتشف في نصف مرضى القصور الكلوي المزمن غير المعالجين وكان عادة سبباً في الوفاة أما حالياً فإن التهاب التامور اليوريميائي يكتشف سريراً في أكثر من ٢٠% من لمرضى اليوريميائيين الذين يتطلبون تحالاً دائماً .

إن التهاب التامور اليوريميائي هو اختلاط يحدث إما قبل بدء التحال أو خلال لأسابيع أو الأشهر الأولى لبدء المعالجة .

مازلت أسباب التهاب التامور اليوريميائي غير معروفة ، فالأسباب الفيروسية ازالنت مفترضة لكن لا يوجد دليل ثابت على وجود التهاب فيروسي في معظم حالات إلا أن ملاحظة وجود الأعراض العضلية قد يوحي بسبب فيروسي .  
وهناك عوامل أخرى خاصة تتضمن التهاب التامور الفيحي الجرثومي كثير حدوث لدى المرضى اليوريميائيين .

إن من غير الحكمة أن نفترض أن التهاب التامور في مرضى بمرض كلوي نديد هو ببساطة يعود إلى اليوريميا ، إن مستقلبات النتروجين السامة وفرط

جارات الدرق الثانوي اقترحت كآليات لالتهاب التامور لدى اليوريميائيين ، يدعم هذا القول أن التهاب التامور قليل الحدوث لدى مرضى القصور الكلوي الحاد وأن التهاب التامور يتطور مع بدء المعالجة بالتحال لدى مرضى غير معالجين سابقاً ويفترض أيضا أن التهاب التامور لدى مرضى التحال ربما يعكس استجابة مناعية ( بعض الدعم لهذه الفرضية من ملاحظات مايك وكوشيك أن ٦٤% من ٢٥ مريضاً بيوريميا مزمنة والتهاب تامور يملكون أجساماً ضدية ضد عضل القلب مع خواص حالة لخلايا أنسجة القلب ، بينما الأضداد ضد عضلة القلب كلها اكتشفت في مرضى القصور الكلوي الحاد بعد جراحة أورض .

### ح . التهاب التامور الورمي :

بشريح الجثة فإن التهاب التامور موجود في ٥ - ١٥ % من مرضى الأورام الخبيثة وإن ( سرطان الرئة - الثدي - الالبيضايات - داء هودجكن - لمفوما هودجكن ) تشكل ٨٠% من الحالات المذكورة لالتهاب التامور الورمي أما الحالات الباقية فتأتي من سرطانات جهاز الهضم والمبيض والعمود الفقري - الساركوما - الورم النقوي العديد ، تيراتوما المنصف - أورام التوتة والميلانوما .

أما أورام التامور البنية فهي نادرة وترتفع عادة بعد التعرض للاسبستوز والتعرض للزجاج الليفي وأهمها الورم الليفي - الورم الشحمي الورم الوعائي البطاني المتوسطي .

### ط . التهاب التامور الشعاعي :

يحدث عادة بعد علاج شعاعي لأورام الثدي - داء هودجكن واللمفوما هودجكن وعادة ما تختلط بالتهاب تامور عاصر ، يمكن للإشعاع عالي الفولتاج أن لا يؤدي الجلد لكنه يؤدي لتأذي البنى المنصفية بما فيها القلب و التامور ، وقد يؤدي تطبيق (٤٠٠٠) راد لالتهاب تامور حاد خلال ( ١ - ٦ ) أشهر . ودرس كون ( ٢١ ) مريضاً وتبين أن لدى ( ١٣ ) منهم التهاب تامور حاد ولدى ( ٦ ) التهاب تامور مزمن مع انصباب ولدى (٢) مرض حاصر مزمن بالتامور والعضلة القلبية والشغاف .