

## مقاربة آفات الرئة البارانشيمية المنتشرة في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية (أهمية التصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز))

الدكتور مالك حجازية\*  
الدكتور محمد الخير\*\*  
أسامة ماوردي\*\*\*

تاريخ الإيداع 12 / 12 / 2007. قُبِلَ للنشر في 18 / 2 / 2008

### □ الملخص □

اشتملت الدراسة على (43) مريضاً (16 ذكراً و 27 أنثى)، تراوحت أعمارهم بين 29-80 سنة، وكان (35) مريضاً منهم (81.39%) قد تجاوز عمره 40 سنة. كان تليف الرئة مجهول السبب والداء الرثياني السببان الأكثر شيوعاً لآفات الرئة البارانشيمية المنتشرة (DPLD)، في دراستنا. أجري التصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز (HRCT) لـ (43) مريضاً (100%)، حيث شوهدت ظلال شبكية عقيدية لدى (15) مريضاً (34.88%) وظلال شبكية لدى (14) مريضاً (32.55%)، ومظهر الزجاج الخشن لدى (10) مريضاً (23.25%) ومظهر قرص العسل لدى (3) مريضاً (6.97%). تم إجراء تنظير قصبات مع الغسالة القصيبية السنخية أو الخزعة القصيبية لـ (7) مريضاً (16.27%) بهدف نفي أمراض أخرى مشابهة لآفات الرئة البارانشيمية المنتشرة. تم اللجوء إلى خزعة الرئة لوضع التشخيص لدى (4) مريضاً (9.30%)، وكان تشخيصهم: حالي ذات رئة متعضية خفية المنشأ وحالة ساركويد وحالة فرقية هنوخ - شنلاين.

### كلمات مفتاحية:

آفات الرئة البارانشيمية المنتشرة (DPLD).  
التصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز (HRCT).

\* أستاذ مساعد ، قسم الأمراض الباطنة ، كلية الطب البشري ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية.  
\*\* أستاذ ، قسم الأمراض الباطنة ، كلية الطب البشري ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية.  
\*\*\* طالب دراسات عليا في قسم الأمراض الباطنة ، كلية الطب البشري ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية.

## **An Approach to Diffuse Parenchymal Lung Diseases At Al-Assad University Hospital in Lattakia (The Importance of High-Resolution Computed Tomography)**

**Dr. Malek HeJazie\***  
**Dr. Mohamad Alkhayer\*\***  
**Dr. Osama Mawardi\*\*\***

**(Received 12 / 12 / 2007. Accepted 18/2/2008)**

### **□ ABSTRACT □**

43 patients (16 males, 27 females), aged 29-80 years, were included in the study. Of the (43) patients, 35 (81.39%) were over 40 years of age.

Idiopathic pulmonary fibrosis and rheumatoid arthritis were the most common causes of DPLD in our study. HRCT was performed on 43 patients (100%), which showed reticulonodular shadows in 15 patients (34.88%), reticular shadows in 14 patients (32.55%), ground – glass appearance in 10 patients (23.25%) and honeycombing in 3 patients (6.97%). Bronchoscopy with bronchoalveolar lavage or endobronchial biopsy was performed in 7 patients (16.27%) to exclude other diagnoses. Lung biopsy was used to make diagnosis in 4 patients (9.30%), which revealed cryptogenic organizing pneumonia in 2 patients, sarcoidosis in one patient and Henoch-Schoenlein purpura in one patient.

**Keywords:** Diffuse parenchymal lung diseases(DPLD),High-resolution computed tomography( HRCT ).

---

\* Associate Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\* Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*\* Postgraduate Student, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## المقدمة:

تشكل DPLD حوالي 15% من الممارسة الطبية التنفسية، وهي تشكل طيفاً واسعاً من الأمراض والتظاهرات والنتائج [1]، ورغم اختلاف الأسباب والآليات المرضية المسؤولة إلا أن العديد من أمراض هذه المجموعة تحدث الأعراض والعلامات والتبدلات الشعاعية والاضطرابات نفسها في الوظيفة الرئوية، ولكنها تبدي معطيات مختلفة من حيث الإنذار والمعالجة [2]، ويزداد الحدوث مع تقدم العمر. وقد تكون هذه الأمراض جزءاً من أمراض جهازية أو تصيب الرئة فقط [3].

## أهمية البحث و أهدافه:

تسليط الضوء على هذه المجموعة المهمة من الأمراض الرئوية التي كثيراً ما تلتبس مع حالات أخرى لها المظاهر السريرية والشعاعية نفسها، لوضع قواعد يتبعها الأطباء في التعامل مع هذه الأمراض.

## طريقة البحث ومواده:

أجري البحث بالطريق الاستقبالي على (43) مريضاً راجعوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية (قسم الأمراض الباطنة والأقسام الأخرى) خلال الدراسة 2006-2007 الذين راجعوا بأعراض تنفسية (سعال، زلة تنفسية) مع اضطرابات أو آفات على صورة الصدر الشعاعية البسيطة [4] ووفق الوسائل التالية [1, 2, 5]:

1- التقييم السريري (استجواب دقيق وفحص سريري).

2- صورة الصدر الشعاعية البسيطة.

3- اختبارات وتحليل دموية منتخبة.

4- غازات الدم الشرياني.

5- اختبار وظائف الرئة.

6- تصوير طبقي محوسب عالي التمايز للصدر.

7- تنظير قصبات وإجراء خزعة قصبية أو غسالة قصبية سنخية.

8- خزعة رئة.

وتم تحليل بيانات النتائج تحليلاً إحصائياً اعتماداً على القانون الإحصائي:

$$\chi^2 = \sum \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

## النتائج:

الجدول (1): يبين توزع المرضى في دراستنا حسب الجنس.

| النسبة المئوية % | عدد المرضى | الجنس   |
|------------------|------------|---------|
| 37.20            | 16         | ذكر     |
| 62.79            | 27         | أنثى    |
|                  | 43         | المجموع |

نجد من الجدول السابق أن عدد المرضى الإناث في دراستنا كان أكبر من عدد المرضى الذكور.

الجدول (2): يبين توزع المرضى المدخنين وغير المدخنين في دراستنا.

| النسبة المئوية % | عدد المرضى |          |
|------------------|------------|----------|
| 23.25            | 10         | مدخن     |
| 76.74            | 33         | غير مدخن |

نجد من الجدول السابق أن عدد المرضى غير المدخنين في دراستنا أكبر من عدد المرضى المدخنين.

الجدول (3): يبين توزع المرضى في دراستنا حسب مدة الأعراض.

| النسبة المئوية % | عدد المرضى | مدة الأعراض |
|------------------|------------|-------------|
| 44.18            | 19         | أقل من سنة  |
| 55.81            | 24         | أكثر من سنة |

نجد من الجدول السابق أن 24 مريضاً في دراستنا كانوا عرضيين لمدة تزيد عن السنة وأن 19 مريضاً كانوا

عرضيين لمدة تقل عن السنة.

الجدول (4): يبين أهم الأعراض والعلامات السريرية المشاهدة لدى المرضى في دراستنا.

| النسبة المئوية % | عدد المرضى |                |
|------------------|------------|----------------|
| 81.39            | 35         | زلة جهدية      |
| 44.18            | 19         | سعال جاف       |
| 13.95            | 6          | سعال منتج      |
| 13.95            | 6          | أصابع أبقراطية |
| 6.97             | 3          | ترفع حروري     |

نجد من الجدول السابق أن العرض الأكثر مشاهدة لدى المرضى في دراستنا كان الزلة الجهدية.

الجدول (5): يبين توزع المرضى في دراستنا حسب الشكاية الكاشفة التي دفعتهم لمراجعة الطبيب.

| النسبة المئوية % | عدد المرضى | الشكاية الكاشفة   |
|------------------|------------|-------------------|
| 41.86            | 18         | زلة جهدية مع سعال |
| 39.53            | 17         | زلة جهدية         |
| 16.27            | 7          | سعال              |
| 2.32             | 1          | أصابع أبقراطية    |

نجد من الجدول السابق أن الزلة الجهدية مع السعال كانت أكثر شكاية دفعت المرضى لمراجعة الطبيب.

الجدول (6): يبين نتائج صورة الصدر الشعاعية البسيطة لدى المرضى في دراستنا.

| النسبة المئوية % | عدد المرضى | صورة الصدر                  |
|------------------|------------|-----------------------------|
| 2.32             | 1          | طبيعية                      |
| 4.65             | 2          | تبدي اضطرابات أو آفات قليلة |
| 93.02            | 40         | تبدي اضطرابات أو آفات واضحة |

وجد من الجدول السابق أن صورة الصدر الشعاعية البسيطة كانت تبدي اضطرابات واضحة لدى (40) مريضاً في دراستنا.

الجدول (7): يبين نتائج وظائف الرئة لدى المرضى في دراستنا.

| وظائف الرئة | عدد المرضى | النسبة المئوية % |
|-------------|------------|------------------|
| طبيعية      | 4          | 9.30             |
| تناذر حاصر  | 30         | 69.76            |
| تناذر ساد   | 5          | 11.62            |
| تناذر مختلط | 4          | 9.30             |

وجد من الجدول السابق أن الاضطراب الأكثر مشاهدة بوظائف الرئة لدى المرضى في دراستنا كان التناذر الحاصر.

الجدول (8): يبين شدة التناذر الحاصر تبعاً لقيمة TLC لدى المرضى في دراستنا.

| شدة التناذر الحاصر | عدد المرضى | النسبة المئوية % |
|--------------------|------------|------------------|
| خفيف               | 5          | 16.66            |
| متوسط              | 21         | 70               |
| شديد               | 4          | 13.33            |

TLC : السعة الرئوية الكلية - خفيف : TLC = 70-75% من القيمة الطبيعية المتوقعة - متوسط : TLC = 50-69% من القيمة الطبيعية المتوقعة - شديد : TLC > 50% من القيمة الطبيعية المتوقعة [ 1 ] .

وجد من الجدول السابق أن معظم مرضى التناذر الحاصر كان لديهم تناذر متوسط الشدة.

الجدول (9): يبين نتائج الحجم والسعات الرئوية وسعة انتشار الغاز لدى المرضى في دراستنا.

| مرتفعة           |            | طبيعية           |            | منخفضة           |            |      |
|------------------|------------|------------------|------------|------------------|------------|------|
| النسبة المئوية % | عدد المرضى | النسبة المئوية % | عدد المرضى | النسبة المئوية % | عدد المرضى |      |
| 11.62            | 5          | 9.30             | 4          | 79.06            | 34         | TLC  |
| 11.62            | 5          | 9.30             | 4          | 79.06            | 34         | RV   |
| -                | -          | 48.83            | 21         | 51.16            | 22         | DLCO |

TLC: السعة الرئوية الكلية - RV: الحجم المتبقي - DLCO: سعة انتشار الغاز .

وجد من الجدول السابق أن سعة انتشار الغاز كانت طبيعية عند 21 مريضاً (48.83%) ومنخفضة عند 22 مريضاً (51.16%) وكانت السعة الرئوية الكلية طبيعية عند 4 مرضى (9.30%) ومنخفضة عند 34 مريضاً (70.06%) ومرتفعة عند 5 مرضى (11.62%) وكان الحجم المتبقي طبيعياً عند 4 مرضى (9.30%) ومنخفضاً عند 34 مريضاً (79.06%) ومرتفعاً عند 5 مرضى (11.62%).

الجدول (10): يبين الاختبارات والتحليلات الدموية ونتائجها لدى المرضى في دراستنا.

| الاختبار المجرى                           | عدد المرضى المجرى لديهم الاختبار | النسبة المئوية % | عدد المرضى الذين يبدون اضطراباً في الاختبار | النسبة المئوية % |
|---|----------------------------------|------------------|---|------------------|
| تعداد الكريات البيض والصيغة               | 43                               | 100              | 4   | 9.30             |
| تعداد الكريات الحمر والخضاب والهيماتوكريت | 43                               | 100              | 3   | 6.97             |
| سرعة التثقل                               | 43                               | 100              | 18  | 41.86            |
| CRP                                       | 43                               | 100              | 15  | 34.88            |
| وظائف الكلية                              | 43                               | 100              | 3   | 6.97             |
| بروتينات الدم                             | 43                               | 100              | -   | -                |
| الكالسيوم                                 | 10                               | 23.25            | 1   | 10               |
| الغلوبيولينات المناعية                    | 7                                | 16.27            | -   | -                |
| وظائف الكبد                               | 43                               | 100              | 1   | 2.32             |
| ACE                                       | 10                               | 23.25            | 2   | 20               |
| العامل الرثياني RF                        | 18                               | 41.86            | 9   | 50               |
| ANA                                       | 15                               | 34.88            | 4   | 26.66            |
| Anti-DNA                                  | 11                               | 25.58            | 3   | 27.27            |

وبعد إجراء تحليل إحصائي لهذه الاختبارات ونتائجها تبين عدم استقلالية نتائج الاختبارات والتحليلات الدموية عن حالة المرضى بعد إجراء تلك التحاليل الدموية.

الجدول (11): يبين باقي الاستقصاءات التي أجريت لدى المرضى في دراستنا.

| الاستقصاء                           | عدد المرضى | النسبة المئوية % |
|-------------------------------------|------------|------------------|
| التصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز | 43         | 100              |
| تنظير القصبات والغسالة القصبية      | 7          | 16.27            |
| خزعة الرئة                          | 4          | 9.30             |

نجد من الجدول السابق أنه تم إجراء التصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز لجميع المرضى في الدراسة وأجري التنظير القصبي مع الغسالة القصبية أو الخزعة القصبية لدى 7 مرضى بهدف استبعاد أمراض أخرى مشابهة لآفات الرئة البارانشيمية المنتشرة [6,7,8,9].

وتم اللجوء إلى خزعة الرئة لدى 4 مرضى، وذلك بهدف وضع تشخيص نهائي لهم وكان تشخيصهم: حالتى ذات رئة متعضية خفية المنشأ وحالة ساركويد وحالة فرقية هونخ - شنلاين.

الجدول (12): يبين الآفات والاضطرابات المشاهدة بالتصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز لدى المرضى في دراستنا.

| النسبة المئوية % | عدد المرضى | الآفة الشعاعية    |
|------------------|------------|-------------------|
| 32.55            | 14         | ظلال شبكية        |
| 34.88            | 15         | ظلال شبكية عقيدية |
| 9.30             | 4          | عقيدات            |
| 23.25            | 10         | مظهر الزجاج الخشن |
| 6.97             | 3          | مظهر قرص العسل    |
| 13.95            | 6          | تصلد              |
| 6.97             | 3          | اعتلال عقدي منصفي |
| 4.65             | 2          | توسع قصبي         |
| 4.65             | 2          | انصباب جنب        |
| 9.30             | 4          | تسمك جنب          |
| 4.65             | 2          | تكلسات جنبية      |

نجد من الجدول السابق أن الظلال الشبكية العقيدية هي الآفة الشعاعية الأكثر مشاهدة بالتصوير الطبقي المحوري عالي التمايز لدى المرضى في دراستنا.

الجدول (13): الآفات الرئوية البارانشيمية المنتشرة المشخصة في دراستنا.

| النسبة المئوية % | عدد المرضى | التشخيص  |
|------------------|------------|--|
| 23.25            | 10         | تليف الرئة مجهول السبب                         |
| 9.30             | 4          | ذات الرئة المتعضية خفية المنشأ                 |
| 4.65             | 2          | التهاب الرئة الخلالي غير النوعي                |
| 2.32             | 1          | التهاب القصيبات التنفسية /التهاب الرئة الخلالي |
| 11.62            | 5          | الساكويدي                                      |
| 23.25            | 10         | الداء الرئوي                                   |
| 6.97             | 3          | الذئبة الحمامية الجهازية                       |
| 6.97             | 3          | الأسبستوز                                      |
| 6.97             | 3          | الآفات المرتبطة بعوامل بيئية أو مهنية          |
| 2.32             | 1          | ذات الرئة المزمنة بالحمضات                     |
| 2.32             | 1          | فرقية هنوخ - شنلاين                            |
|                  | 43         | المجموع  |

نجد من الجدول السابق أن أكثر الآفات الرئوية البارانشيمية المنتشرة المشخصة في دراستنا كانت تليف الرئة مجهول السبب (10 مرضى) والمرتبطة بالداء الرئوي (10 مرضى)، حيث بلغت النسبة المئوية لكل منهما 23.25% من مجموع المرضى.

وبعد إجراء تحليل إحصائي لنتائج الجدول أعلاه تبين لنا وجود اختلافات جوهرية بين أنواع الآفات الرئوية المشاهدة في دراستنا .

الجدول (14): يبين توزيع المرضى في كل آفة في دراستنا حسب الجنس.

| التشخيص  | عدد المرضى الذكور | عدد المرضى الإناث | المجموع |
|--|-------------------|-------------------|---------|
| تليف الرئة مجهول السبب                         | 7                 | 3                 | 10      |
| ذات الرئة المتعضية خفية المنشأ                 | 1                 | 3                 | 4       |
| التهاب الرئة الخلالي غير النوعي                | -                 | 2                 | 2       |
| التهاب القصيبات التنفسية /التهاب الرئة الخلالي | 1                 | -                 | 1       |
| الساكويدي                                      | -                 | 5                 | 5       |
| الداء الرئوي                                   | 3                 | 7                 | 10      |
| الذئبة الحمامية الجهازية                       | -                 | 3                 | 3       |
| الأسبستوز                                      | 1                 | 2                 | 3       |
| الآفات المرتبطة بعوامل بيئية أو مهنية          | 3                 | -                 | 3       |
| ذات الرئة المزمنة بالحمضات                     | -                 | 1                 | 1       |
| فرقرية هنوخ - شنلاين                           | -                 | 1                 | 1       |

وبعد إجراء تحليل إحصائي لنتائج الجدول أعلاه تبين لنا وجود ارتباط بين التشخيص وجنس المريض .

## المناقشة:

- 1- اشتملت الدراسة على 43 مريضاً (16 ذكراً و 27 أنثى) تراوحت أعمارهم بين 29-80 سنة، وكان 35 مريضاً منهم (81.39 %) قد تجاوز عمره الـ 40 سنة .
- 2- كان عدد المرضى الإناث في دراستنا أكبر من عدد المرضى الذكور ما عدا في تليف الرئة مجهول السبب .
- 3 - كان عدد المرضى غير المدخنين في دراستنا أكبر من عدد المرضى المدخنين ولم نستطع أن نحدد وجود دور للتدخين في هذه الآفات .
- 4 - كان 24 مريضاً في دراستنا ( 55.81% ) عرضيين لمدة تزيد عن السنة قبل أن يراجعونا، و كان ذلك ناجماً إما عن إهمال هؤلاء المرضى للأعراض السريرية الموجودة لديهم، خاصة الزلة الجهدية و السعال أو ناجماً عن تقصير الأطباء غير الاختصاصيين في استقصاء مثل تلك الأعراض و الشكايات.
- 5 - كانت الزلة الجهدية العرض الأكثر مشاهدة لدى المرضى في دراستنا، حيث وجدت عند 35 مريضاً ( 81.39 % ) ، بينما كان السعال الجاف العرض الثاني من حيث الشيوع حيث وجد لدى 19 مريضاً (44.18%) .

- 6 - تم إجراء صورة صدر شعاعية بسيطة لكل المرضى في دراستنا وكانت طبيعية عند مريض واحد فقط، بينما أبدت وجود اضطرابات متفاوتة الشدة عند 42 مريضاً.
- 7 - كان الاضطراب الأكثر مشاهدة في وظائف الرئة لدى المرضى في دراستنا هو التناذر الحاصر، حيث وجد لدى 30 مريضاً (69.76%)، وكان متوسط الشدة تبعاً لقيمة TLC [1] لدى 21 مريضاً منهم .
- 8 - تم إجراء اختبارات و تحاليل دموية متنوعة بما فيها التحاليل المناعية، وذلك بناءً على توجيهنا التشخيصي المبني على الموجودات السريرية و الشعاعية لدى المرضى ، فمثلاً كان العامل الرثياني RF إيجابياً لدى 9 مرضى (50%) من أصل 18 مريضاً أجري لديهم هذا التحليل، وكانت سرعة التثقل مرتفعة لدى 18 مريضاً (41.86%) من أصل 43 مريضاً أجري لديهم هذا التحليل . وعندما قمنا بإجراء تحليل إحصائي لهذه الاختبارات، والتحليل الدموي و نتائجها تبين لدينا عدم استقلالية نتائج هذه التحاليل عن حالة المرضى بعد إجرائها، مما يعني ضرورة طلب مثل هذه الاختبارات والتحليل عند مثل هؤلاء المرضى، وذلك في محاولة لتوجيه التشخيص نحو بعض الأسباب ( الداء الرثياني - الذئبة الحمامية الجهازية - الساركويد ) [ 2 , 5 ] .
- 9 - تم إجراء التصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز لدى جميع المرضى في دراستنا، حيث أبدى لديهم جميعاً اضطرابات شعاعية عديدة ومتنوعة ساعدت في اعتماد تشخيص للآفات الرئوية الخالية المشاهدة لديهم ، بينما تم اللجوء إلى خزعة الرئة لدى 4 مرضى بهدف وضع التشخيص الذي كان : حالتى ذات رئة متعضية خفية المنشأ وحالة ساركويد وحالة فرقية هونخ - شنلاين .
- أي إن وسيلة التشخيص التي اعتمدنا عليها في دراستنا كانت التصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز، وذلك تماشياً مع الدراسات الطبية و المقالات الحديثة [1,4,10,11,12,13,14] التي أولت HRCT في السنوات الأخيرة الأهمية الأكبر كوسيلة تشخيصية في آفات الرئة البارانشيمية المنتشرة التي قد تحل مكان خزعة الرئة إلا في الحالات التي يبقى فيها شك [1,4] .وهنا نود لفت الانتباه إلى أن رفض بعض المرضى لإجراء خزعة الرئة حال دون استخدامها لديهم .
- 10- كان تليف الرئة مجهول السبب و الداء الرثياني هما أكثر الآفات الرئوية البارانشيمية المنتشرة المشخصة في دراستنا، حيث اعتمد هذين التشخيصين لدى 10 مرضى لكل منهما ( 23.25% لكل منهما ) .

### الدراسات المقارنة:

- أجريت دراسة في مشفى مبارك الكبير بالكويت [15] على 75 مريضاً شخص لهم آفة رئوية بارانشيمية منتشرة راجعوا المشفى على مدى 4 سنوات ، كان عدد المرضى الذكور بينهم 41 وعدد المرضى الإناث 34 ، وتراوحت أعمارهم بين 13- 76 سنة .
- وقد اعتمد التصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز كوسيلة التشخيص الأساسية لدى هؤلاء المرضى .
- كان 60 مريضاً ( 80% ) قد تجاوز عمره 40 سنة ، ومدة الأعراض عند 34 مريضاً (45%) ، كانت أقل من 6 أشهر وعند 28 مريض (37.7%) أكثر من سنة .
- كان عدد المرضى المدخنين 25 مريضاً ( 33.3% ) . وسجل انخفاض في قيمة TLC , FVC أقل من 60 من القيمة الطبيعية المتوقعة لدى أغلب المرضى .

وكانت الاضطرابات الشعاعية المشاهدة بالتصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز في مرحلة متقدمة لدى 65 مريضاً (86.6 % )، و كان مظهر قرص العسل موجوداً لدى 21 مريضاً منهم .  
كان تليف الرئة مجهول السبب الأكثر شيوعاً لآفات الرئة البارانشيمية المنتشرة في هذه الدراسة يليه الساركويد ثم الأمراض الجهازية ( الداء الرثياني - الذئبة الحمامية الجهازية ) .

## الاستنتاجات والتوصيات:

تشكل آفات الرئة البارانشيمية المنتشرة تحدياً حقيقياً أمام الطبيب الممارس وهي تتطلب الخبرة في التشخيص والتدبير، وإننا نوصي في نهاية هذه الدراسة :

- 1- بأهمية المقاربة السريرية والتدقيق في الأعراض والعلامات السريرية التنفسية منها وغير التنفسية، خاصة وأن هذه المجموعة من الأمراض يمكن أن تكون جزءاً من مرض جهازي. وبعد ذلك تأتي التحاليل والاستقصاءات الدموية أو المناعية بناءً على توجهنا السريري، والتي يمكن أن تفيد في تشخيص بعض الأمراض فقط، وبشكل خاص الأمراض الرئوية أو الجهازية.
- 2 - يجب أن تجرى صورة الصدر الشعاعية البسيطة لكل المرضى الذين يشكون من عرض تنفسي مزمن، وذلك لما لها من أهمية في كشف وجود آفة خلالية ما أو الحالات المشابهة لها [1,2,5].
- 3 - إن إجراء وظائف الرئة للمرضى يمكن أن يقدم معلومات إضافية للتشخيص أو إثبات وجود الآفة الخلالية دون أن يحددها.
- 4 - إن حجر الأساس في تشخيص آفات الرئة البارانشيمية المنتشرة هو التصوير الطبقي المحوسب عالي التمايز، والذي نوصي بإجرائه لكل مرضى هذه الآفات لأنه يثبت التشخيص أولاً ويساعد في تحديد نوع الآفة ثانياً، وذلك اعتماداً على المظاهر الشعاعية المميزة لبعض الآفات. وهنا لا بد من الإشارة إلى أهمية ضرورة وجود نقاش وحوار بين الطبيب السريري وأخصائي الأشعة للوصول إلى التشخيص النوعي [1,4,10,11,12,13,14].
- 5 - إن أهمية التنظير القصبي المرفق بالغسالة القصبية أو الخزعة القصبية تكمن في نفي بعض الأمراض التي يمكن أن تشبه آفات الرئة البارانشيمية المنتشرة؛ لذلك نوصي بإجرائه لمرضى محددين [6,7,8,9].
- 6 - أما خزعة الرئة فيمكن اللجوء إليها في الحالات التي يبقى هناك شك في تشخيصها رغم إجراء الاستقصاءات السابقة [1,4].
- 7 - نؤكد على أن المرضى المصابين بآفة رئوية بارانشيمية منتشرة يجب أن يحولوا إلى اختصاصي بأمراض الصدر، لكونه يملك الخبرة اللازمة لتشخيص وتدبير هذه الآفات.

## المراجع:

- 1- *British Thoracic Society. The diagnosis and assessment of diffuse parenchymal lung disease in adults.* Thorax 2003; 71.
- 2- *British Thoracic Society. The diagnosis, assessment and treatment of diffuse parenchymal lung disease in adults.* Thorax 1999; 54[Suppl. [1].
- 3- *Liebow, A.A. Definition and classification of interstitial pneumonias in human pathology.* In: Basset, F.; Georges, R. ed. Progress in respiration research. New York: S Kairger; 1975: 1-33.
- 4- *ATS/ERS international multidisciplinary consensus classification of idiopathic interstitial pneumonia.* Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: 277-304.
- 5- *ROLAND, M.; ULRICH, C. Diffuse lung diseases: classification and diagnostic approach. Respiratory medicine.* Third edition, 2003, 1545-1556.
- 6- *COSTABEL, U. Atlas of bronchoalveolar lavage.* London: Chapman & Hall; 1998.
- 7- *BAL co-operative group steering committee. Bronchoalveolar lavage constituents in healthy individuals, idiopathic pulmonary fibrosis, and selected comparison groups.* Am Rev Respir Dis 1990; 141: 5169-5202.
- 8- *DAVISON, A.O.; HASLAM, P.L.; CORRIN, B. et al. Interstitial lung disease and asthma in hard-metal workers: bronchoalveolar lavage, ultrastructural, and provocation tests.* Thorax 1983; 387: 119-128.
- 9- *NEWMAN, L.S.; KREISS, K.; KING, T.E. et al. Pathologic and immunologic alterations in early stages of beryllium disease. Re-examination of disease definition and natural history.* Am Rev Respir Dis 1989; 139: 1479-1486.
- 10- *MULLER, N.L.; MILLER, R.R. Computed tomography of chronic diffuse infiltrative lung disease.* Am Rev Respir Dis 1990; 142: 1206-1215.
- 11- *HANSELL, D.M. High-resolution computed tomography and diffuse lung disease.* J R Coll Phys Lond 1999; 33: 525-531.
- 12- *MATHIESON, J.R.; MAYO, J.R.; STAPLES, C.A.; MULLER, N.L. Chronic diffuse infiltrative lung disease: comparison of diagnostic accuracy of CT and chest radiography.* Radiology 1989; 171: 111-116.
- 13- *WELLS, A. Clinical usefulness of high resolution computed tomography in cryptogenic fibrosing alveolitis.* Thorax 1998; 53: 1080-1087.
- 14- *WELLS, A.U.; HANSELL, D.M.; RUBENS, M.B. et al. Functional impairment in lone cryptogenic fibrosing alveolitis and fibrosing olveolitis associated with systemic sclerosis: a comparison.* Am J Respir Crit Care Med 1997; 155: 1657-1664.
- 15- *ABUL, A.; ONADEKO, B.O.; KHADADAH, M.E.; BEHBEHANI, N.; CERNA, M.; CHERIAN, J.M.; MARADNI, N.; JAYAKRISHNAN, B. Clinical patterns of diffuse parenchymal lung disease in Kuwait: A prospective study.*