# قصص طبية قصيرة

## من سلسلة متعة العلم

د.غفار محمد

# قصص طبية قصيرة ...

# الإهداء :

**إلى كل طبيب مناوب في قسم الإسعاف**

**.. حيث التوتر لا يقاس بالفولت بل**

**بالأرواح التي تعود من الغياب ..**

" إذا كنت تبحث عن الإنسانية في الطب ،
فابدأ من قسم الطوارئ ."

## مقولة طبية شهيرة

# قصص طبية قصيرة ...

## محتوى الكتاب :


- صخرة على صدري
- عندما يفيض العسل من الجسم
- يدي تخونني
- عندما تشيخ في طفولتك
- ساحرة على عامود
- كسور بلا رض
- الغرق في الهواء
- دماء سوداء
- خنجر في الصدر
- أصيح و السيف مزروعٌ في خاصرتي
- قنبلة داخل الرأس
- زلزال الجسد
- عاد جنيناً
- يوليوس قيصر
- صدمة العمر
- رجل الثلج
- اختناق بالهواء
- سقراط
- كليوبترا
- قاطع طريق
- أم الدم تنفجر
- مبيد بشري
- مختصر غير مفيد
- يا نار كوني برداً و سلاماً
- مرارة زائدة !!

# قصص طبية قصيرة ...

# صخرة على صدري

دخل وهو يعتذر، لا لأن الألم كان فادحًا، بل لأن جسده اختار ساعة متأخرة ليعلن تمرّده. عند باب قسم الطوارئ تلقّفته الممرضة المناوبة بنظرة خبيرة اعتادت أن تميّز بين من جاء مطمئنًا ومن جاء وهو يخفي خوفه خلف الكلمات. دوّنت شكواه بسرعة، قاست ضغطه، ثم أشارت بعينيها إلى سرير شاغر، تلك الإشارة الصامتة التي يفهمها كل من يعمل هنا : **هذا مريض لا ينتظر.**

كان رجلًا في أواخر الخمسين، مرتب الهندام، كأن المرض استأذنه على استحياء قبل أن يطرق بابه. وضع يده على منتصف صدره وقال بصوت خفيض أقرب إلى التبرير : **ليس ألمًا... فقط ضغط، ثِقل لا أعرف كنهه كصخرة جاثمة على صدري .**

وفي الطوارئ، نعرف أن القلوب التي توشك على الخيانة لا تصرخ، بل تهمس، وأن الهمس أخطر من العويل.

تحرّك الفريق حوله دون ضجيج. **ممرضة تصله إلى جهاز تخطيط القلب ، أخرى تُحضّر الوريد،** وطبيب مقيم يقف عند رأس السرير يلتقط التفاصيل قبل الأرقام. كان العرق البارد يلمع على جبين المريض ، وشحوب جلده لا يتوافق مع محاولته الظهور متماسكًا. ضغطه مرتفع، نبضه متسارع، ونَفَسه أقصر مما ينبغي لرجل

يدّعي أن ما يشعر به عابر. الألم خلف القص، يمتد بخيط خفي إلى كتفه الأيسر، وغثيان خفيف كتحذير أخير. الجسد هنا يكتب رسالته بلغة لا تحتمل سوء التأويل، أما التاريخ المرضي فكان صفحة شبه بيضاء، إلا من سطور طويلة غير مكتوبة عنوانها الإنكار.

وُضع تخطيط القلب أمامنا. وقف الطبيب المقيم صامتًا، يمرّر عينيه على الموجات، بينما كانت الممرضة تضبط الجهاز وتراقب الشاشة الأخرى. لم يكن التخطيط دراميًا؛ لم يرفع الراية الحمراء بعد. تغيّرات خجولة، رمادية، كما لو أن القلب نفسه لم يحسم قراره. تبادلنا نظرة يعرفها أهل الطوارئ جيدًا : **هذه أخطر اللحظات، حين لا يقول الجهاز كلمته الأخيرة بعد.**

و رغم التخطيط الطبيعي فإن نموذجية الألم و الأعراض فرضت كلمتها ، بدأ العمل كطقس محفوظ فهنا الطبيب في سباق مع الزمن. **الأكسجين** وُضع أولًا، ليس لأنه سيزيل الانسداد، بل لأنه يرفع تشبّع الدم بالأكسجين، فيقلل الجهد على عضلة قلب بدأت تختنق، ويمنح الخلايا المهددة فرصة إضافية للبقاء. حبوب **الأسبرين** ، لا كمسكّن، بل كقرار مهني مدروس : تعطيل الصفيحات، كسر أول حلقة في سلسلة التخثّر، ومنع الخثرة من التمدد. **الكلوبيدوغريل** تبعه بهدوء، ليُثبّت هذا التعطيل، كمن يفك قبضة يد كانت تطبق ببطء على الشريان.

**النترات** أُعطيت بحذر شديد. الممرضة كانت تراقب الضغط كل دقائق، والطبيب يوازن بين الفائدة والمخاطرة؛ النترات توسّع الأوعية و هذا يخفف العبء عن القلب ويقلل حاجته للأكسجين، لكنها قد تهوي بالضغط فجأة إن لم يُحسن استخدامها. في

الطوارئ، كل دواء ليس مجرد اسم، بل قرار أخلاقي له ثمن.

بينما كانت عينات الدم تُسحب لتحليل **التروبونين**، ذلك البروتين

الذي لا يظهر إلا عندما تتأذى خلايا القلب، جلس المريض يتحدث. لم يتحدث عن الألم، بل عن حياته. الطبيب المقيم استمع وهو يكتب، والممرضة تعدّل خط السير الوريدي وتستمع أيضًا؛ ففي هذا المكان، لا أحد معزول عن الحكاية. قال إنه لم يشتكِ يومًا، وإنه تربّى على أن الرجل لا يمرض ، لا يشتكي ، و بكل تأكيد لا يبكي. كان يتحدث عن زواج تآكل، عن ابن ابتعد، عن عمل انهار وهو ظل واقفًا كي لا يراه أحد يسقط. كنا نعرف، نحن الثلاثة، أن الاحتشاء لا يحدث فجأة؛ إنه تراكم صامت، تمامًا ككل الانهيارات الكبرى.

النتيجة الأولى للتروبونين جاءت سلبية. قالها الفني من المختبر عبر الهاتف، ودوّنها الطبيب، لكن أحدًا لم يبتسم. **في الطوارئ، التحليل ليس حكمًا نهائيًا، بل لقطة في فيلم متحرك**. أبقيناه تحت المراقبة القلبية اللصيقة، لأن التخطيط المستمر قد يفضح ما تخفيه الأرقام.

الممرضة كانت أول من لاحظ تغيّر ملامحه بعد ساعة، نادت بصوت هادئ لكنه حاسم، ذلك الصوت الذي لا يخطئه أحد.

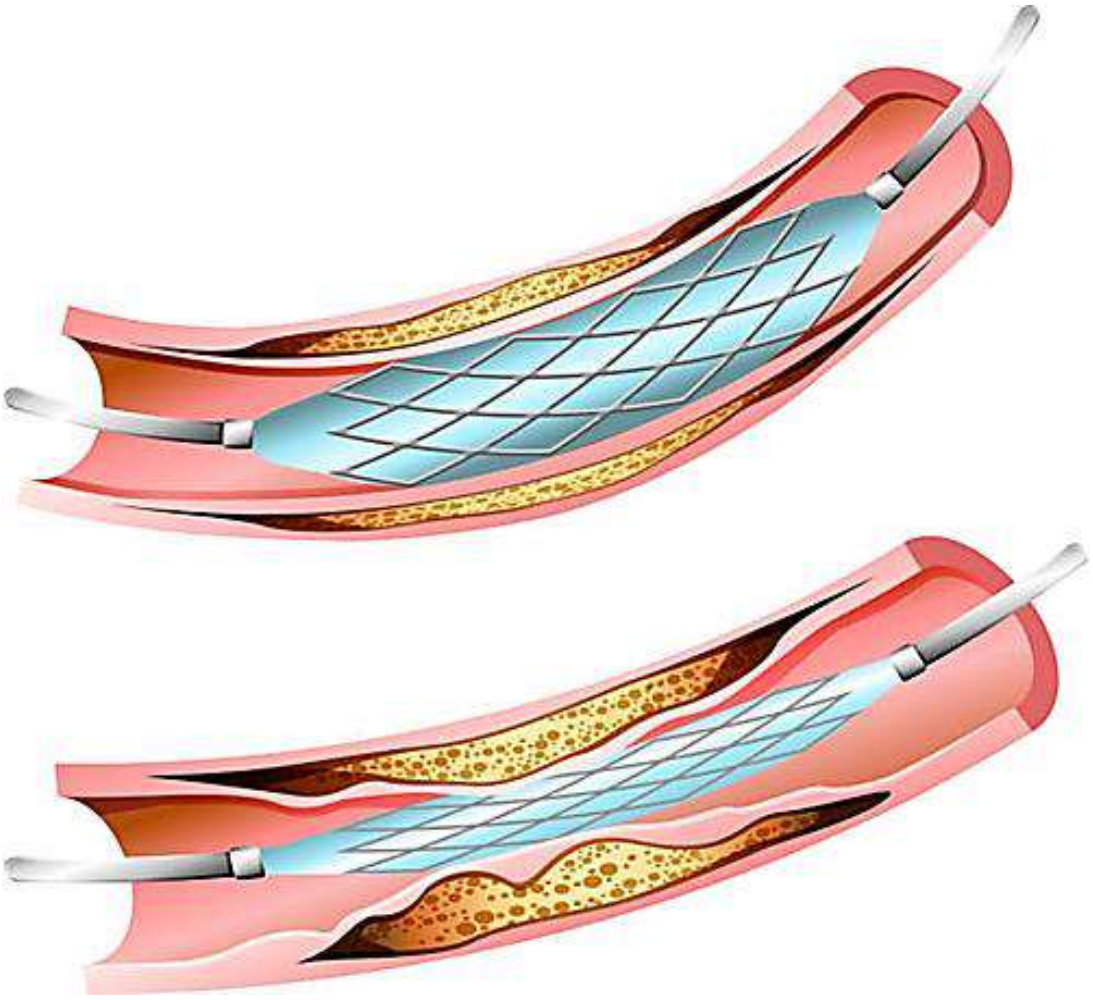
اشتد الألم. و هذه المرة لم يعتذر المريض بل أسلم نفسه لنا .

**ارتفع مقطع ST** على تخطيط القلب بوضوح، ولم يعد هناك مجال للرمادي إنه **احتشاء عصلة قلبية** ( جلطة ).

تحوّل القسم إلى خلية نحل منضبطة : اتصال بالقثطرة القلبية ،

تحضير الملف، أدوية إضافية مضادة للتخثر، توقيع سريع من المرافق الذي كان يقف مذهولًا عند الباب، يكتشف فجأة أن الحياة قد تختصر في قرار.

في القثطرة، يُفتح الشريان المسدود ميكانيكيًا، يُعاد الدم إلى مجراه الطبيعي، وتُغسل عضلة القلب من الاختناق. ما لا يراه المرافق ولا يسمعه المريض هو أن كل ثانية تُحسب، وأن كل دواء يُعطى هنا ليمنع خثرة جديدة، **ليحافظ على الدعامة مفتوحة داخل الشريان الإكليلي المسدود في القلب** ، وليعيد التوازن الكيميائي لعضلة أنهكها الحرمان. مع عودة الجريان، عاد الأكسجين، و تنفست الخلايا التي لم تمت بعد، لتبدأ عملية شفاء صامتة، بطيئة، لكنها حقيقية.



نجا المريض بلطف الله و عناية الفريق الطبي السريعة و المناسبة.

وفي اليوم التالي، في العناية القلبية، دخلنا عليه : طبيب، ممرضة، وطالب تدريب يقف في الخلف يتعلم من الصمت أكثر مما يتعلم من الكلام. بدا أهدأ، أضعف، وأكثر صدقًا. قال بصوت منخفض **إن قلبه لم يؤلمه إلا عندما توقف عن الكذب.**

خرجنا من الغرفة، كلٌّ إلى مهمته التالية. **في الطوارئ، لا وقت للاحتفال، ولا مجال للتعلّق.** لكننا نعرف، في أعماق مهنتنا، أننا لا نعالج القلوب فقط، بل نقف - نحن الأطباء والممرضون - شهودًا على لحظة نادرة، **لحظة يُجبر فيها الجسد الإنسان على أن يسمع الحقيقة، لأن الصمت طال أكثر مما ينبغي.**

# عندما يفيض العسل من الجسم

وصلت على نقالة الإسعاف، صغيرة على السرير أكثر مما ينبغي، كأن الجسد في هذا العمر لم يُخلق بعد ليحمل ثقل مرض يعرف طريقه إلى الكبار. كانت عيناها نصف مفتوحتين، تائهتين بين سقف القسم وأصوات لا تفهمها، وأنفاسها عميقة متتابعة، ذلك النفس الثقيل المنتظم الذي يعرفه أهل الطوارئ قبل أن يُسمّى : **تنفّس كوسماول،** محاولة يائسة من الجسد لطرد حموضة غزت الدم.

تقدّمت الممرضة بسرعة ، **قاست السكر** فظهر الرقم قاسيًا على الجهاز ، أعلى مما ينبغي لطفلة لم تتجاوز الرابعة عشرة.

قالت الأم بصوت متكسّر أنّ ابنتها مريضة سكري نمط أول منذ سنوات، وإنها منذ يومين تقيء، تشكو من ألم بطني، وتشرب الماء بلا ارتواء، ثم بدأت تنام كثيرًا، كأن التعب صار أثقل من أن يُقاوَم. كانت الأم تتحدث، والطبيب المقيم يستمع، يلتقط الكلمات كما يلتقط العلامات الحيوية؛ ففي الطوارئ، القصة السريرية نصف التشخيص.

كان الجفاف واضحًا على شفتيها المتشققتين، ورائحة الأسيتون الخفيفة تسبق أنفاسها كرائحة الفواكه ، تلك الرائحة التي لا تخطئها ذاكرة من مرّ عليها من قبل. ضغطها منخفض نسبيًا، نبضها سريع، وحرارتها طبيعية على غير المتوقع. الجسد هنا لا يصرخ بالحمّى، بل ينهار بصمت كيميائي. **الحماض الكيتوني** ليس سكرًا مرتفعًا في الدم فقط، بل عاصفة كاملة : **نقص الإنسولين، تراكم الحموض الكيتونية ، حموضة تخنق الخلايا من الداخل.**

تحرّك الفريق بلا ارتباك. وُضع خط وريدي عريض، ثم آخر، فهذه معركة تحتاج إلى طرق مفتوحة. أُرسلت عينات الدم على عجل، وكل تحليل عاد حاملاً جزءًا من القصة :

**غازات الدم الشريانية** كشفت انخفاض الرقم الهيدروجيني للدم **PH** ، فالحموضة ترتفع لأن **الحموض الكيتونية** ـ الأسيتوأسيتيك

و بيتا هيدروكسي بيوتيرات ـ تتراكم في الدم عندما يعجز سكر الدم الغلوكوز عن دخول الخلايا في غياب الإنسولين، إذ يلجأ الجسد إلى حرق الدهون كمصدر طاقة بديل عن السكر فيولّد هذه الحموض . ومع تراكم هذه الأحماض، تُستهلك **البيكربونات القلوية** كخط الدفاع الأول لتوازن حموضة الدم ، فتظهر أخيراً بالتحليل منخفضة، منهكة، غير قادرة على المعاوضة أكثر .

**الفجوة الشاردية** بين الشوارد الموجبة و السالبة في الدم كانت واسعة، لا لأن الصوديوم الموجب ارتفع، بل لأن أحماضًا غير مقاسة احتلت مكانه الحسابي. هذه الفجوة هي التوقيع المخبري للحماض الكيتوني، دليل على أن **المشكلة ليست في فقد البيكربونات السالبة وحده، بل في دخول أحماض جديدة إلى الدورة الدموية فتتسع الفجوة أكثر فأكثر .**

**السكر في الدم** كان مرتفعًا بشدة، ليس فقط بسبب غياب الإنسولين، بل لأن الهرمونات المضادة له ـ **الكورتيزول، الغلوكاغون، الأدرينالين** ـ تكون في ذروة نشاطها أثناء الشدة، فتدفع الكبد لإنتاج المزيد من الغلوكوز، بينما تبقى الخلايا عاجزة عن استخدامه. هذا الارتفاع يسحب الماء معه عبر الكلية، فيحدث **إدرار حلولي** ، يفسر الجفاف الشديد، وانخفاض الضغط، وتسارع النبض.

أما **البوتاسيوم**، فكان خادعًا كعادته. قيمته في الدم بدت طبيعية أو مرتفعة قليلًا، لا لأن الجسم يملك فائضًا منه، بل **لأن الحموضة ونقص الإنسولين يدفعان البوتاسيوم للخروج من الخلايا إلى الدم.** في الحقيقة، مخازن البوتاسيوم كانت مستنزفة بسبب القيء والإدرار، ولهذا كان الفريق يحسب كل خطوة، مدركًا أن بدء تسريب الإنسولين سيعيد البوتاسيوم إلى داخل الخلايا فجأة فتهوي قيمته في الدم ، وقد يتحوّل هذا الرقم "المطمئن" إلى خطر صامت على نظم القلب.

تحرّك التدبير من حيث يجب أن يبدأ دائمًا : **السوائل**. المحلول

الملحي وُضع ليجري ببطء محسوب، يعيد الحجم المفقود، يرفع الضغط، ويخفف تركيز السكر والكيتونات في الدم، ويُحسّن الجريان الكلوي، ما يساعد الكلى على طرح الأحماض الزائدة.
كانت الممرضة تعدّل سرعة التسريب وتراقب الرئتين، لأن الجسد الصغير لا يحتمل الإفراط في السوائل ، كما لا يحتمل التقصير.

بعد السوائل، جاء دور **الإنسولين**، ذلك الهرمون الذي غاب فعمّت الفوضى. الإنسولين هنا لا يُعطى دفعة واحدة، بل تسريبًا مستمرًا عبر مضخة خاصة ، ليوقف تحلل الدهون، ويمنع تشكّل الحموض الكيتونية الجديدة، ويُدخل الغلوكوز إلى الخلايا التي جاعت طويلًا.

و مع توقف إنتاج الكيتونات، تبدأ البيكربونات بالتحسن تدريجيًا، ويضيق الفارق الشاردي، ويعود الرقم الهيدروجيني ببطء نحو التوازن. في الخلفية، كان **البوتاسيوم** يُعاد تقييمه مرارًا ويُعوَّض عند الحاجة، لأن استقراره هو الشرط الخفي لاستقرار القلب.

الأب كان يقف عند الباب، صامتًا، يحمل في يده حقيبة المدرسة التي جاءت بها ابنته ، كأنها دليل على حياة معلّقة خارج هذه الغرفة. الأم جلست قرب رأسها، تمسك يدًا باردة وتهمس باسمها. لم تكن تعرف تفاصيل الأرقام، لكنها رأت التغير في الأنفاس قبل أن ترى التغير في التحاليل.

مع مرور الساعات، بدأت القيم المخبرية تعود إلى رشدها : **السكر** ينخفض تدريجيًا دون قفزات حادة، **الفجوة الشاردية** تضيق، **البيكربونات** ترتفع، و **pH الدم** يستعيد حياده المفقود. لم يكن الشفاء حدثًا مفاجئًا، بل مسارًا دقيقًا من التوازن، كل قرار فيه محسوب، وكل مراقبة فيه ضرورة لا ترف.

في الصباح، فتحت المريضة الطفلة عينيها بوضوح أكبر. سألت إن كانت ستتأخر عن المدرسة، وكأنّ الجسد بعد أن نجا من الكيمياء القاسية، عاد يطالب بحقه الطبيعي في العمر و العلم . ابتسمت الممرضة قبل الأم، وقال الطبيب إن كل شيء سيكون بخير، شرط أن يبقى هذا التوازن صديقًا دائمًا لا زائرًا مؤقتًا.

خرجنا من الغرفة واحدًا تلو الآخر. في الطوارئ، نعيد ترتيب الأرقام، لكننا نعرف أن ما نفعله أعمق من ذلك. نحن نعيد جسدًا صغيرًا من فوضى كيميائية كاملة، ونشهد كيف يمكن لخلل بسيط في هرمون واحد أن يصنع عاصفة... وكيف يمكن للعلم، حين يُمارَس بإنسانية، أن يعيد الهدوء قطرة قطرة.

دخل على كرسي متحرك، لا لأن قدميه خانتاه تمامًا، بل لأن الوقت كان قد سبقنا بخطوة. رجل مسن، في أواخر السبعين، وجهه يحمل آثار سنوات طويلة من الصمت والعمل، وذراعه اليمنى متدلية على جانبه كغصن يابس نسي الجسد كيف يرفعه. كانت الممرضة تدفع الكرسي بسرعة محسوبة، وفي عينيها ذلك التركيز الذي لا يضيعه أهل الطوارئ حين يعرفون أن الدقائق هنا ليست مجرد أرقام على ساعة الحائط بل ثقب دودي بين الموت و الحياة .

قالت ابنته وهو تُلهث خلفه إن يدَه توقفت فجأة عن الطاعة، وإن كلماته قبل نصف ساعة خرجت مكسّرة، غريبة، ثم عاد يتكلم وكأن شيئًا لم يحدث. كانت تحاول أن تجمع الجمل كما نحاول نحن جمع العلامات، لأن **الجلطة الدماغية** أو **السكتة** أو **CVA** لا تعطي إشارات كاملة دائمًا، بل تترك فتاتًا من الأعراض لمن يعرف كيف يقرأها.

وُضع على السرير، فتحت قثطرة وريد ، وقيس الضغط فكان مرتفعًا، كما لو أن الشرايين تحاول أن تدفع الدم بالقوة عبر طريق ضاق فجأة. كان الوعي حاضرًا، العينان تتابعان الحركة، لكن الذراع اليمنى بقيت صامتة، لا ترتعش ولا تستجيب، صمت

عصبي لا يخطئه من رآه من قبل. هنا، في هذه اللحظة، يبدأ الطب سباقًا مع الزمن، لأن الدماغ لا ينتظر.

بدأ الفحص العصبي كما لو كان طقسًا محفوظًا : رفع الحاجبين، ابتسامة متناسقة ؟ انحراف بسيط في زاوية الفم. ضغط على اليد اليسرى، فاستجابت بقوة، ثم اليمنى، فلم يكن هناك إلا ثقل بلا إرادة. هذا التباين ليس تفصيلًا، بل خريطة؛ فشلل الذراع اليمنى يعني أن شيئًا ما حدث في **النصف الأيسر من الدماغ**، حيث تتقاطع المسارات العصبية وتنعكس السيطرة.

الجلطة الدماغية ليست حدثًا واحدًا، بل احتمالان متناقضان في المظهر متشابهان في الأثر: إما **انسداد شريان يمنع الدم عن منطقة من الدماغ، أو نزف يضغط على الخلايا ويخنقها**. ولهذا كان القرار الأول واضحًا وحاسمًا : **التصوير المقطعي للدماغ CT** ، لا ليؤكد الجلطة، بل ليُقصي النزف، لأن العلاج قد يكون منقذًا أو قاتلًا بحسب هذا الفارق الدقيق.

بينما كانت الممرضة تحضّر الطريق إلى التصوير، بدأنا نقرأ تاريخه المرضي ليتلاشى الضباب تدريجياً عن سبب السكتة الدماغية . فالمريض يعاني من ارتفاع ضغط، تاريخ طويل من السكري والتدخين، و رجفان أذيني لم يعالج بشكل مناسب، كلها عوامل تجعل الشرايين أرضًا خصبة لخثرة صغيرة تقطع فجأة طريق الدم. **في الجلطة الإقفارية، تتوقف الخلايا العصبية عن تلقي الأكسجين والغلوكوز، فتدخل في سبات قاسٍ، ثم تموت إن طال الحرمان**. ولهذا نقول إن الوقت هو الدماغ، لأن كل دقيقة تعني آلاف الخلايا التي لا تعود.

عاد التصوير خاليًا من النزف. قالها طبيب الأشعة بوضوح، وكأن كلمة واحدة فتحت باب الأمل. لم يكن هناك **نزيف** في الصورة و الذي يظهر عادةً **بلون أبيض براق** ، بل **منطقة مشبوهة سوداء**

من **نقص التروية بسبب خثرة** . هنا، أصبح السؤال عن الزمن مصيريًا :

- متى بدأ الضعف ؟
- هل ما زلنا ضمن نافذة إذابة الخثرة ؟

كانت الابنة تبحث في ذاكرتها عن الدقيقة، ونحن نبحث في الساعة عن فرصة.

القرار بإعطاء **حالّات الخثرة** ليس وصفة سهلة. هذا الدواء لا يذيب الخثرة فحسب، بل يفتح الطريق أمام الدم ليعود، وقد ينقذ النسيج العصبي الذي لم يمت بعد، لكنه في المقابل يرفع خطر النزف. لهذا تُراجع الشروط واحدًا واحدًا : **الضغط، السكر، مؤهبات النزف و خطورته ، عمر المريض، ودرجة العجز**. كان الفريق كاملًا حاضرًا في القرار، لأن هذه اللحظة لا تُحتمل فيها الفردية.

أُعطي الدواء ببطء، تحت مراقبة لصيقة. لم يكن سحرًا فوريًا، بل رهانًا علميًا على أن بعض الخلايا ما زالت قابلة للإنقاذ.

في الخلفية، كانت الممرضة تراقب الضغط كل دقائق، لأن أي ارتفاع قد يحوّل العلاج إلى نزف كارثي. الأكسجين وُضع ليس لأنه يعالج الجلطة، بل لأنه يضمن أن الدم العائد يحمل ما يكفي من الحياة.

خلال الساعات التالية، لم تعد الذراع تتحرك فجأة، لكن النبرة تغيّرت. كان هناك شدّ خفيف، استجابة صغيرة حين طُلب منه الضغط. هذه الإشارات الدقيقة هي ما نحتفل به سرًا في الطوارئ؛ تحسّن خجول يعني أن الخلايا لم تمت كلها، وأن التروية بدأت تعود.

بدأت المرحلة التالية من الفهم : لماذا شُلّت الذراع ؟ لأن المنطقة المسؤولة عن الحركة الدقيقة في القشرة الحركية اليسرى حُرمت من الدم، فتوقفت الإشارات العصبية عن الوصول إلى العضلات. ومع عودة الجريان، قد تستعيد بعض هذه الإشارات طريقها، لكن الشفاء هنا ليس قرارًا إسعافيًا فقط، بل **رحلة إعادة تأهيل طويلة** و **علاج فيزيائي** مستمر و مناسب ، تبدأ من هذه الساعات الأولى.

دخلت الابنة الغرفة، نظرت إلى يد أبيها، ثم إلينا. لم تسأل عن أسماء الأدوية، بل عن المستقبل. قلنا الحقيقة كما هي : بعض ما فُقد قد يعود، وبعضه قد يبقى **ذكرى عصبية**، لكن التدخل المبكر يمنح الدماغ فرصة ليعيد ترتيب نفسه، ليعلّم مناطق أخرى أن تقوم بما فُقد، تلك المعجزة الصامتة التي نسميها **اللدونة العصبية**.

خرجنا من الغرفة كما دخلنا : بهدوء مهني. **في الطوارئ، لا نعد بالشفاء الكامل، بل بالفرصة**. نحن لا نعيد الزمن، لكننا نُبطئ خسارته. وبين ذراع صامتة ودماغ يحاول أن يتعلّم من جديد، نقف نحن، شهودًا على أن **العلم، حين يُمارَس في وقته، قد لا يمنع السقوط... لكنه يجعل النهوض ممكنًا**.

# عندما تشيخ

# في طفولتك

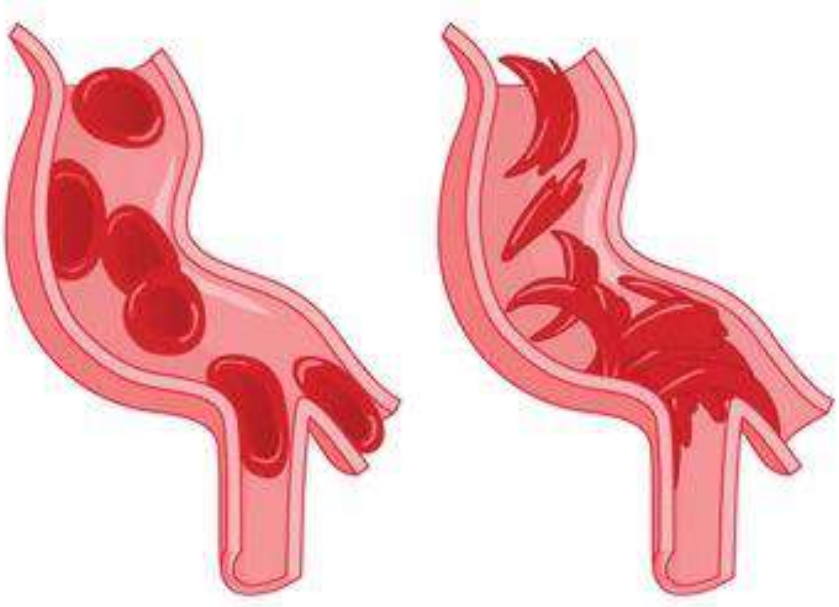
دخل محمولًا بين ذراعي والده، لا لأن ساقيه عاجزتان عن الحمل، بل لأن الألم كان أثقل من أن يُمشَى به. طفل في التاسعة من عمره، نحيل أكثر مما ينبغي لطفولة يفترض أن تكون ممتلئة بالحركة، وجهه شاحب، عيناه غائرتان تحملان نظرة من عرف الوجع قبل أن يتعلم القراءة. كان صدره يرتفع وينخفض بسرعة، وأنينه يخرج متقطعًا، كأن النفس نفسه صار مهمة شاقة.

في الطوارئ، تعرّفت الممرضة على هذا الطفل قبل أن تقرأ اسمه. **فقر الدم المنجلي** له ملامحه الخاصة ، لا في التحاليل فقط، بل في الوجوه الصغيرة التي تبدو أكبر من أعمارها و التي تدعى طبياً **السحنة السنجابية**. قاست الأكسجة فكانت منخفضة، وضغطه متذبذب، ونبضه سريع كمن يهرب من شيء لا يُرى.

قالت الأم بصوت متهدّج إن الألم بدأ في العظام منذ الفجر، في الساقين والذراعين، ثم صعد إلى الصدر، وإنه يشكو من ضيق نفس لم تعهده عليه من قبل. في هذه الجملة وحدها، كان التشخيص يكتب نفسه بخط واضح : **نوبة منجلية** مع اشتباه **متلازمة صدرية حادة**.

وُضع على السرير ، ألبس قناع الأكسجين فورًا. ليس ترفًا، بل ضرورة؛ فالهيموغلوبين المنجلي لا يحمل الأكسجين بكفاءة حين يتشوّه شكله، ومع نقص الأكسجة يزداد تشوّه الكريات، فتدخل في حلقة مفرغة من الانسداد الوعائي والألم. في هذا المرض، كل نفس ناقص قد يصنع أزمة كاملة.

فقر الدم المنجلي ليس مجرد فقر دم. هو خلل جيني واحد، لكنه يغيّر كل شيء : **استبدال بسيط في تركيب الهيموغلوبين يجعل الكرية الحمراء تفقد ليونتها، تتحول من قرص مرن إلى منجل قاسٍ، يعلق في الأوعية الدقيقة، يمنع الدم من الوصول إلى العظام والرئتين و الطحال ، فيولد الألم كما يولد الاحتشاء في الكبار.**
لهذا كانت آلامه عظمية، حادة، عميقة، لا تشبه ألم الكدمات ولا تشفى بالانتظار.



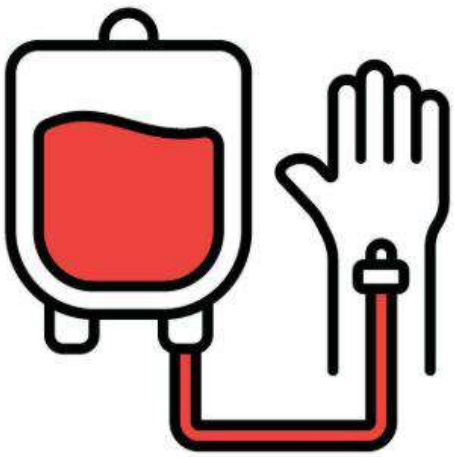
تحرّك الفريق سريعًا. أُخذت **عينات الدم** لتقييم **مستوى الهيموغلوبين ( خضاب الدم )** ، و**عدّ الكريات الشبكية** التي تخبرنا إن كان نقي العظم يحاول التعويض، و تقييم **غازات الدم** لتقدير شدة نقص الأكسجة، و أجريت **صورة صدر شعاعية** للبحث عن بؤر ارتشاحية قد تعلن بداية المتلازمة الصدرية الحادة، أخطر مضاعفات المرض. في هذه المتلازمة، تسد الكريات المنجلية

الأوعية الرئوية، يتلوها التهاب أو انخماص، فتختنق الرئة من الداخل، ويصبح **الألم الصدري وضيق النفس** إنذارًا لا يحتمل التأجيل.

بدأ العلاج من حيث يخفف الألم ويحمي الحياة. **المسكنات القوية** أُعطيت دون تردد، لأن هذا الألم ليس نفسيًا ولا مبالغًا فيه؛ هو ألم احتشاءات مجهرية متكررة. في الطوارئ، نتعلم أن الطفل المنجلي لا "يتحمل" الألم، بل يعيشه بكامله. **السوائل الوريدية** بدأت لتخفيف لزوجة الدم، فكلما كان الدم أقل كثافة، قلت فرص انحشار الكريات المشوهة في الأوعية. **الأكسجين** استمر، ليس فقط لتحسين التشبع، بل لتقليل تشكّل المزيد من الخلايا المنجلية.

حين أظهرت صورة الصدر ظلالًا خفيفة غير طبيعية، بدأنا **المضادات الحيوية** باكرًا، لأن العدوى قد تكون الشرارة التي تشعل المتلازمة الصدرية أو تفاقمها إن وجدت أولاً ، ولأن الطفل المنجلي يملك **طحالًا متعبًا**، عاجزًا عن حماية الجسد مناعياً كما ينبغي. كان القرار وقائيًا بقدر ما كان علاجيًا.

راقبنا الهيموغلوبين بعين حذرة. انخفاضه الشديد قد يستدعي **نقل دم**، لا ليشفي المرض، بل ليخفف نسبة الهيموغلوبين المنجلي، ويُدخل خلايا طبيعية أكثر قدرة على حمل الأكسجين، فتخف الأزمة. **في بعض الحالات، يكون نقل الدم ضرورة لإنقاذ الرئة والقلب من نقص أكسجة قاتل.**



بين كل هذه القرارات، كان الطفل ينظر إلينا بعيون لم تعد تنتظر اللعب، بل تنتظر نهاية الألم. جسده كان خريطة لمرض طويل : **نحول، تأخر نمو، ملامح حادة** لا تشبه طفولة الصور المدرسية. هذا المرض يسرق الطفولة على مهل؛ يجعل الجسد يشيخ قبل أوانه، لأن **الألم المتكرر يعلّم الصبر القاسي، لا الصبر الجميل.**

جلس الأب عند قدميه، يضغطهما بيدين مرتجفتين كأنه يحاول إعادة الدم إليهما بنفسه. الأم كانت تمسح جبينه وتهمس له بأنه شجاع، كلمات يقولها الكبار حين يعجزون عن فعل شيء آخر. كنا نعلم أن هذه ليست أول نوبة، ولن تكون الأخيرة، وأن هذا الطفل يعرف الألم أكثر مما يعرف العطلة الصيفية.

مع الساعات، هدأ النفس قليلًا، وتراجع الأنين، لا لأن الأزمة انتهت، بل لأن التدخل كسر حدتها. هذه الانتصارات الصغيرة هي ما نحتفظ به في ذاكرتنا المهنية؛ تحسّن تدريجي يعني أننا أوقفنا حلقة الانسداد قبل أن تبتلع الرئة كاملة.

قبل نقله إلى القسم، سألني الطفل الشجاع بصوت خافت إن كان سيذهب إلى المدرسة غدًا. السؤال ذاته يتكرر، بصيغة مختلفة، في

كل طفل أنهكه المرض. أجبته بما يحتمله الأمل، لا بما تمليه الإحصاءات. في الطوارئ، نعرف أن علاج فقر الدم المنجلي لا يكون في ليلة واحدة، ولا بدواء واحد، بل برعاية طويلة، ووقاية، وتعليم، وصبر عائلي لا ينفد.

خرجنا من الغرفة، وبقي الطفل مع والديه، ومع مرض علّمه الوجع باكرًا. في هذا المكان، نعيد فتح الأوعية ونخفف الألم، لكننا نشهد أيضًا كيف يمكن لطفل أن يشيخ في جسده قبل أن يكبر في عمره، وكيف يبقى رغم ذلك طفلًا، ينتظر أن يزول الوجع ليعود إلى ما تبقى له من طفولة.

# ساحرة على عامود

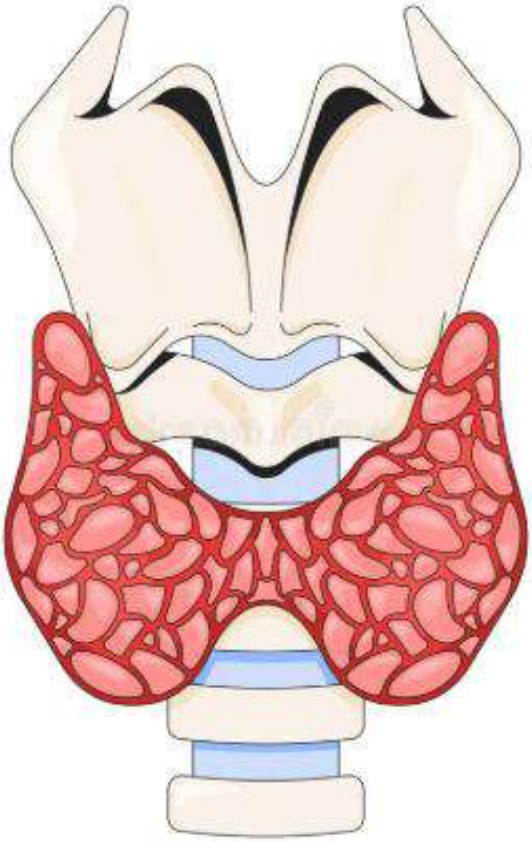
دخلت متكئة على ذراع زوجها، لا لأن الجسد انهار كليًا، بل لأن الوعي كان يتفلت منها كما يتفلت الضوء من قبضة يد. سيدة في مطلع الأربعين، جمالها لافت حتى في الفوضى؛ شعرها مبعثر على كتفيها، بشرتها متوهجة بحرارة غير طبيعية، وعيناها زائغتان كمن يرى أشياء لا نراها. كانت ترتجف رغم أن جبينها يحترق، وتتكلم بجمل غير مكتملة، تختلط فيها الأسماء بالذكريات. في الطوارئ، نعرف أن الحمى حين ترافقها الغشاوة ليست عرضًا، بل إنذار.

التقطتها الممرضة بنظرة واحدة، **قاست الحرارة** فارتفع الرقم إلى حد لا يطمئن أحدًا، ضغطها مرتفع ، نبضها يقفز كطائر طنّان مذعور، وأكثر ما لفت الانتباه ذلك التعرق الغزير مع احمرار الجلد، وكأن الجسد يعمل فوق طاقته بلا مكابح.

قال الزوج إن الأمر بدأ بحرقة بولية وإرهاق منذ أيام، ثم تسارعت الأعراض فجأة : **حمى، خفقان، قلق شديد، ألم بطني ، و كلام غير مترابط**. كان يتحدث، وأنا أنظر إليها وأشعر أن شيئًا ما في هذه الصورة لا ينتمي لعدوى وحدها.

حين وضعت سماعتي على صدرها، كان القلب يطرق بقوة لا تناسب الحمى ، وكأن كل خلية قررت أن تعمل في سباق محموم.

هنا، يبدأ التفكير الطبي في البحث عمّا يفسر هذه العاصفة الجسدية. الالتهاب قد يرفع الحرارة، لكن لا يفسر هذا الجنون الاستقلابي كله. رفعت جفنها بلطف، كانت العينان تلمعان ببريق غريب، وارتجاف خفيف يسكن أطرافها. **الغدة الدرقية**، تلك الصغيرة المتخفية في العنق، بدأت تفرض حضورها في ذهني.



أُرسلت التحاليل على عجل : **تعداد دم، مؤشرات التهاب، شوارد، وظائف كبد وكلى، وهرمونات درقية**. في الوقت ذاته، أُخذت **عينة بول**، فالرائحة وحدها كانت كافية لتخبرنا أن هناك التهابًا بوليًا شديدًا، عدوى صعدت بلا استئذان. لكن العدوى هنا لم تكن القصة كاملة، بل الشرارة.

حين عادت النتائج، اتضح المشهد أكثر: هرمون **TSH** ، الذي تفرزه النخامى في الدماغ و يتحكم بالغدة الدرقية ، منخفض إلى حد الاختفاء، وهرمونات الغدة الدرقية **T3** و **T4** مرتفعة بشكل هائل، كأن الغدة الدرقية فقدت كل حس بالمسؤولية. هذه ليست فرط نشاط

عابر، بل **عاصفة درقية**، تلك الحالة النادرة القاتلة إن لم تُدرك في وقتها، حيث يتحول الجسد إلى فرن مفتوح : **حرارة مرتفعة، تسرع قلب، اضطراب وعي، فشل أعضاء محتمل.**

العاصفة الدرقية لا تولد من فراغ. هي تتطلب أرضًا مهيأة، وغالبًا **عقدة حارة في الغدة الدرقية** ، نسيج يعمل بشكل مستقل عن الغدة ، يفرز الهرمونات بلا خضوع لآليات الضبط. سنوات من الهدوء النسبي، ثم تأتي **الشدة** — عدوى شديدة، جراحة، صدمة — فتُطلق العنان للكارثة. في حالتها، كان الالتهاب البولي العنيف هو المفتاح الذي فتح الباب على مصراعيه.

بدأ التدبير فورًا، لأن التأخير هنا ليس خيارًا. **خُفِّضت الحرارة** بكل ما أمكن : **خافضات، كمادات، سوائل باردة بحذر.** **السوائل الوريدية** لم تكن للترطيب فقط، بل لدعم الدوران الذي ينهكه الاستقلاب المحموم. أُعطيت **حاصرات بيتا** لتكبح تأثير الهرمونات الدرقية على القلب، لتبطئ هذا الإيقاع الجنوني وتمنح العضلة فرصة للتنفس. في الخلفية، بدأنا **بمضادات الدرق**، لا لتوقف إفراز الهرمونات الدرقية فورًا، بل لتمنع تصنيع المزيد من الهرمونات، خطوة بطيئة لكنها أساسية.

بعدها جاء **اليود** في توقيت محسوب، لا قبله ولا بعده عشوائيًا، ليغلق الغدة على نفسها، ويمنع إطلاق ما تبقى من مخزون الهرمونات. **الستيروئيدات** أُضيفت، **ليس فقط لتخفيف التحول المحيطي للهرمونات الدرقية، بل لدعم الجسم في هذه الشدة القصوى، ولعلاج أي قصور مرافق محتمل في غدة الكظر.** وفي الوقت نفسه، بدأنا **مضادات حيوية واسعة الطيف** لعلاج الالتهاب البولي ، لأن العاصفة لن تهدأ إن تُركت الشرارة مشتعلة.

كنت أراقبها، هذا الجمال المشتعل بالحمى، وهذا الجسد الذي يحترق من داخله، وفكرت — دون أن أريد — كيف كان يُنظر

إلى مثل هذه **النساء في العصور الوسطى**. امرأة ساحرة الجمال، حرارة عالية، كلام غير مفهوم، تهيّج، نظرات غريبة... **كم ساحرة أُحرقت على عامود، لأن الطب لم يكن قد تعلم بعد أن يفسر العواصف التي تصنعها الغدد ؟ كم جسد أُدين لأنه لم يُفهم ؟**

مع الساعات، بدأ الإيقاع يهدأ. النبض انخفض، الحرارة بدأت تنكسر، والكلمات عادت تتماسك ببطء. لم يكن الشفاء لحظة واحدة، بل انحدارًا تدريجيًا من **قمة الجنون الاستقلابي**. الزوج جلس قربها، يمسك يدها، يرى الجمال يعود من النار، دون أن يعرف أسماء الأدوية ولا آلياتها، لكنه يعرف أن الحياة تُستعاد أمام عينيه.

في العناية، أكملنا الطريق : **ضبط العدوى، متابعة قيم الهرمونات الدرقية ، التخطيط لعلاج العقدة الحارة لاحقًا**، لأن العاصفة قد تهدأ، لكن السبب إن لم يُعالج سيبقى كجمرة تحت الرماد. هذا المرض لا يُختصر بإسعاف ناجح، بل برؤية بعيدة، وقرار يمنع التكرار.

خرجتُ من الغرفة وأنا أفكر أن **الطب، في جوهره، ليس سوى محاولة متأخرة لإنصاف ما أساء التاريخ فهمه**. هنا، في الطوارئ، لا نحرق الساحرات، بل نطفئ الحرائق التي تشتعل في أجساد لم تُخطئ ... بل فقط خرجت عن توازنها.

# كسور بلا

# رض

دخلت قسم الإسعاف وهي تعتذر عن الضجيج الذي لم تصنعه. سيدة وقورة في أوائل الستين، شعرها رمادي مرتب بعناية، ملامحها هادئة على غير ما يشي به ذراعها المضمومة إلى صدرها. كانت تمسك المرفق بيدها الأخرى كما تمسك شيئًا انكسر فجأة في الحياة لا في الجسد فقط. قالت بهدوء يكاد يكون مرتبكًا إن الألم بدأ عندما رفعت يدها لتتناول كوب ماء من الخزانة، حركة اعتيادية لا تستحق الذكر، ثم سمعت صوتًا خافتًا، كأن غصنًا يابسًا انكسر في عمقها.

في الطوارئ، نتوقف عند هذه الجملة. لا سقوط، لا رض، لا التواء عنيف. فقط حركة يومية، وانكسار. هنا، لا يكون السؤال : **كيف انكسر العظم ؟** بل : **لماذا كان هشًا إلى هذا الحد ؟**

قاست الممرضة العلامات الحيوية، كانت مستقرة على نحو مطمئن، لا حمى ولا تسارع قلب، فقط ألم موضعي واضح وتشوه خفيف في الذراع. وُضعت على السرير، ونُزعت الأساور برفق،

وكأن الجسد في هذا العمر يحتاج إلى اعتذار إضافي. حين لُمست الذراع، أطلقت أنينًا قصيرًا، ليس صراخ ألم حاد، بل دهشة من جسد خانها دون إنذار.

أُرسلت إلى **التصوير الشعاعي**. في هذه اللحظات، لا نبحث فقط عن خط الكسر، بل عن نوعه، عن شكله، عن قصته. عاد الفيلم واضحًا : **كسر في عظم العضد**، نظيف نسبيًا، لكن مظهر العظم ذاته كان هو اللافت؛ **كثافته أقل مما ينبغي، حدوده أقل صلابة**، كأن العظم فقد ثقله الداخلي قبل أن يفقد شكله الخارجي. هذا ليس كسر رضّيًا، بل كسر يكشف هشاشة كامنة.

جلستُ قربها أشرح، وهي تنظر إلى الصورة كما ينظر المرء إلى

خريطة لم يكن يعلم أنه يعيش فوقها. قلت إن الكسر حقيقي، نعم، لكنه ليس القصة كاملة. العظم عادة لا ينكسر من حركة بسيطة كهذه، إلا إذا كان قد فقد جزءًا كبيرًا من قوته. هنا، يبدأ الشك السريري يتحول إلى يقين هادئ : **هشاشة العظام**.

هشاشة العظام لا تصرخ. لا تُعلن نفسها بألم تدريجي أو حمى أو إنذار مبكر. هي **مرض الصمت الطويل**. العظام، تلك الهياكل التي نظنها صلبة أبدية، تعيش دورة مستمرة من البناء والهدم. في الشباب، يكون البناء أسرع وأقوى، لكن مع التقدم في العمر — وخاصة بعد انقطاع الطمث — يختل الميزان. **نقص الإستروجين يرفع نشاط الخلايا الهادمة للعظم، ويكبح البناء، فتتآكل الكتلة العظمية ببطء، ويصبح العظم مساميًا، هشًا، كإسفنج جاف مغطى بقشرة توحي بالسلامة.**

سألتها عن سن اليأس، عن آلام الظهر، عن نقصان الطول، عن كسور سابقة لم تُفسَّر. أجابت بنعم متفرقة، كانت تظنها جزءًا طبيعيًا من العمر. **هنا، في الطوارئ، نعرف كم من "الطبيعي" يخفي مرضًا لم يُشخّص بعد.**

قلت لها إن الخطوة التالية بعد **تثبيت الكسر** ليست فقط **الجبس** و **المسكنات**، بل **قياس كثافة العظم**. اختبار بسيط اسمه **DEXA**،

تصوير مزدوج الطاقة، لا يسبب ألمًا ولا يحتاج أكثر من دقائق، لكنه يضع العظم أمام مرآته الحقيقية. هذا الفحص لا ينظر إلى العظم كما نراه في الأشعة العادية، بل يقيس كتلته بدقة، ويحوّلها إلى رقم اسمه **T-score**. شرحت لها أن الـ T-score يقارن كثافة عظمها بكثافة عظم شابة سليمة في ذروة صحتها :

- إذا كان الرقم قريبًا من الصفر، **فالعظم ما زال قويًا**.
- إذا انخفض إلى ما بين **–1** و**– 2.5** ، فنحن أمام **نقص كثافة عظمية**.
- أما إذا انخفض دون **– 2.5** ، فالتشخيص يصبح واضحًا لا لبس فيه : **هشاشة عظام**.

هذا الرقم، الذي يبدو جافًا على الورق، هو في الحقيقة ترجمة رياضية لسنوات من الفقد الصامت. هو تفسير علمي لكسر حدث أثناء حركة بسيطة، ولآلام لم تُؤخذ بجدية، ولجسد تغيّر دون ضجيج.

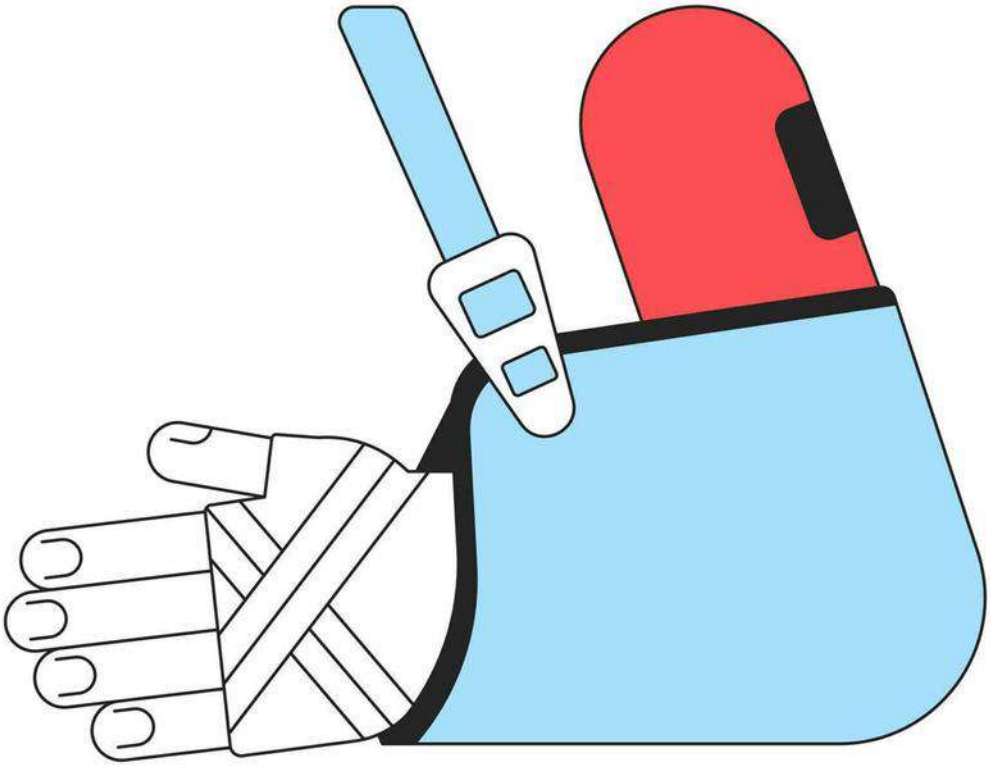
ثبّتّنا الذراع بجبيرة مناسبة، خففنا الألم بمسكنات محسوبة، لكن الحديث لم ينتهِ عند باب الطوارئ. أوضحت لها أن هذا الكسر يُسمّى **كسرًا هشاشيًا أو مرضيًا**، لا لأن العظم مريض بالمعنى التقليدي، بل لأنه فقد دعامة كان يعتمد عليها طوال عمره. وأن العلاج الحقيقي يبدأ بعد خروجها : **فيتامين D** لتحسين امتصاص الكالسيوم ، **تعويض الكالسيوم** نفسه، و**أدوية تقلل ارتشاف العظم** وتمنحه فرصة ليستعيد بعضًا من صلابته. وفي حالات مختارة، **علاجات تحفّز البناء من جديد**، كأننا نعلّم الهيكل العظمي أن يتذكر كيف كان.

نظرت إليّ وقالت بدهشة خالصة : **لم أشعر يومًا بأنّي مريضة**.

ابتسمت، لأن هذه الجملة تختصر هشاشة العظام كلها. هذا مرض

لا يُشعِر صاحبه بشيء... حتى يقرر العظم أن يبوح بالحقيقة دفعة واحدة، في لحظة عادية، بحركة لا تُذكر.

خرجت من الطوارئ بذراع مُجبّرة، لكن بقصة أوسع من كسر. قصة عن أن الجسد لا ينهار فجأة، بل يتآكل بصمت، وأن الاسعاف لا يكون دائمًا في سباق مع الموت، بل أحيانًا قراءة متأنية لانكسار صغير يكشف تاريخًا طويلًا من الغياب الهرموني، والعمر، وما لم يُقَل في حينه. في هذا المكان، لا نعيد الزمن إلى الوراء و لا نقهر الشيخوخة ، لكننا نحاول — على الأقل — أن نمنع الكسر القادم من أن يحدث بلا إنذار.



# الغرق في الهواء

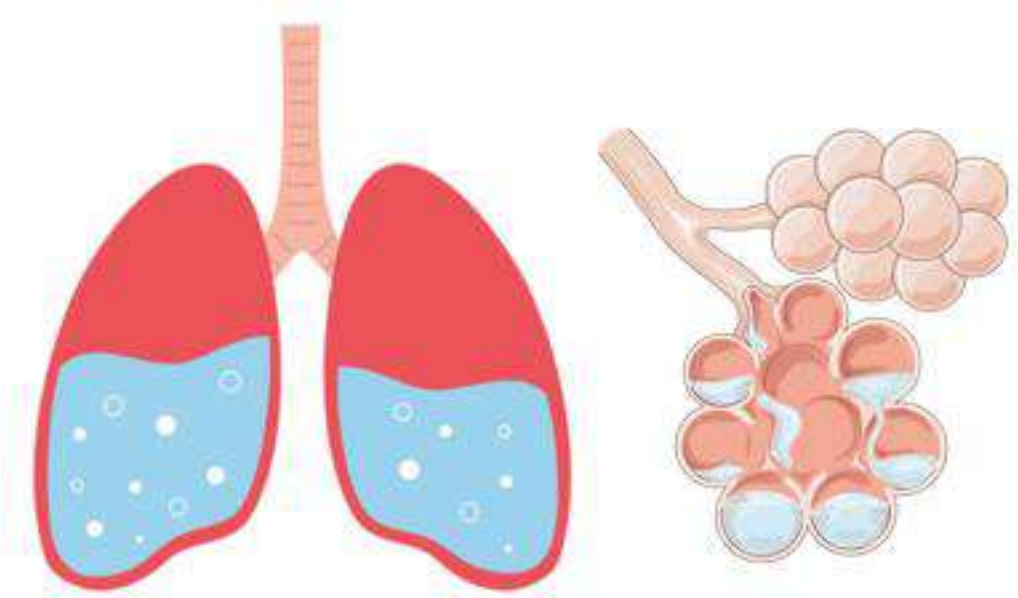
دخل وهو لا يدخل تمامًا؛ كأن الهواء كان يسبقه إلى الغرفة ويخذله في اللحظة نفسها. رجل في الخمسين، وجهه محتقن، عيناه متسعتان بقلق بدائي، كل نفس عنده كان معركة قصيرة يخوضها صدره ثم ينسحب منها منهكًا. كان يجلس نصف جالس و أحياناً يسجد نصف منهار و كأنه يبحث عن الأوكسجين في المكان ، رافضًا الاستلقاء، لأن الجاذبية في تلك اللحظة لم تكن صديقته، بل عدوًا يدفع السوائل إلى حيث لا ينبغي لها أن تكون.

قالت الممرضة إن صوته كان يخرج مكسورًا، كلمات متقطعة، **سعال رغوي بلون وردي خفيف**، كأن الرئة بدأت تبوح بسرها. كانت أطرافه باردة، والعرق يتصبب منه رغم أن الغرفة لم تكن حارة. ضغطه مرتفع، نبضه سريع وغير منتظم قليلًا، وتشبع الأكسجين يهبط مع كل ثانية، رقمٌ لا نحب رؤيته في الطوارئ لأنه يعني أن الهواء يصل، لكن الأكسجين لا يعبر.

في مثل هذه اللحظات، لا نحتاج إلى كثير من الخيال لنعرف أن القلب هو بؤرة القصة. تاريخ مرضي سريع كشف أنه يعاني من **قصور قلب** منذ سنوات، قلب لم يعد يضخ كما ينبغي، مضخة تعبت

من العمل المستمر. ما يحدث هنا ليس هجومًا مفاجئًا، بل ذروة تراكم بطيء انتهى بانفجار صامت : **وذمة رئة حادة**.

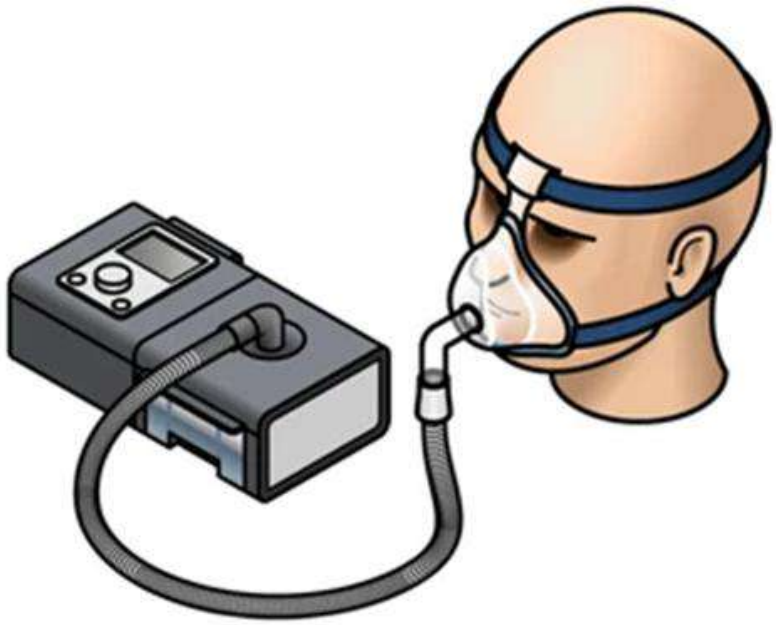
في القصور القلبي، لا يكون الفشل فجائيًا، بل تدريجيًا. البطين الأيسر، حين تضعف قدرته على الضخ، يعجز عن دفع الدم القادم من الرئتين إلى الدورة الدموية الكبرى. فيرتد الضغط إلى الخلف، إلى الأوعية الرئوية الدقيقة، فيرتفع **الضغط الهيدروستاتيكي** داخلها، **وتبدأ السوائل بالتسرّب من الشعيرات إلى الحويصلات الهوائية**. الرئة، التي خُلقت لتكون مليئة بالهواء، تُغمر بالماء. وهنا، يصبح التنفس فعلاً ميكانيكيًا مؤلمًا بلا فائدة حقيقية.



وُضع على **الأكسجين عالي التدفق** فورًا، لكن الأرقام لم تتحسن كما نحب. في هذه النقطة، لا يكون الأكسجين وحده كافيًا؛ المشكلة ليست في نقص الهواء، بل في انهيار الحاجز الذي يفصل الهواء عن الدم. نظرت إليه وهو يتشبث بحافة السرير، ويداه ترتجفان، فعرفت أن الوقت قد حان للخطوة التالية.

أُحضِر جهاز **الدعم التنفسي غير الباضع CPAP** . قناع محكم، ضغط إيجابي مستمر، هواء يُدفَع إلى الرئتين بدل أن يُستجدى منها. **CPAP** لم يكن رفاهية، بل ضرورة فيزيولوجية؛ **الضغط الإيجابي يعيد فتح الحويصلات المنهارة، يقلل عودة الدم الوريدي**

**إلى القلب، ويخفف الضغط عن البطين الأيسر المتعب.** فجأة، لم يعد يتنفس وحده، بل يتنفس مع الجهاز، كأن الرئة استعارت قوة خارجية لتنجو.

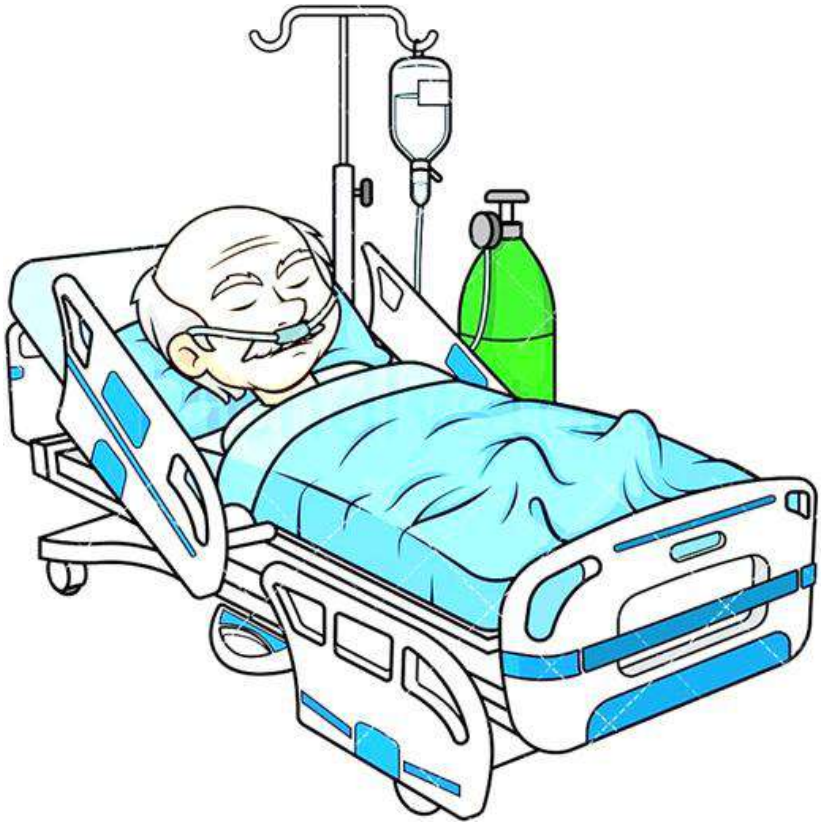


بالتوازي، بدأت المعالجة الدوائية، لا كخيار وحيد بل كجزء من منظومة إنقاذ. أُعطي **مدرّ بول وريدي**، لأن الجسد كان محتقنًا بالسوائل، وكل ميليليتر زائد كان عبئًا على القلب والرئة معًا.
**المدرّات لم تكن فقط لتخفيف الوذمة الطرفية، بل لسحب الماء من الرئتين نفسها عبر خفض الضغط داخل الأوعية.** مع كل ساعة، ومع كل دفقة بول، كان الضغط الرئوي ينخفض قليلًا، وكان الهواء يجد مساحة صغيرة ليعود.

أُعطي **موسع أوعية** لتخفيف العبء على القلب، لأن القلب المتعب لا يحتاج إلى مقاومة إضافية. كل توسّع في الأوعية كان بمثابة إزالة حجر صغير من طريق الدم، **تخفيف للحمل القبلي والبعدي**، فرصة للبطين أن يعمل دون أن يُسحق تحت الضغط.

كانت الممرضة تراقب الجهاز، تعدّل الضغط، تراقب التشبع بالاكسجين ، بينما الآخرون يراقبون الرجل ذاته؛ كيف بدأ لون

وجهه يتحسن، كيف خفّ الهلع في عينيه، كيف صار قادراً على نطق جملة كاملة دون أن يتوقف ليلتقط الهواء. هذه لحظات نادرة في الطوارئ، حين ترى الفيزيولوجيا تستجيب أمامك، لا كمعادلة نظرية، بل كإنسان يعود ببطء إلى سطح التنفس.



لم يكن هذا علاجًا نهائيًا لقصور القلب، ولا وعدًا بالشفاء. كان فقط منعطفًا حادًا أنقذناه فيه من السقوط. شرحت له لاحقًا، حين استقر، أن وذمة الرئة ليست مرضًا بحد ذاته، بل صرخة من القلب، إعلان فشل مؤقت أو دائم يحتاج إلى إعادة تقييم شاملة : **أدوية تُضبط بدقة، التزام صارم بكمية الملح والسوائل، وربما أجهزة دعم قلبية في المستقبل إن لزم الأمر.**

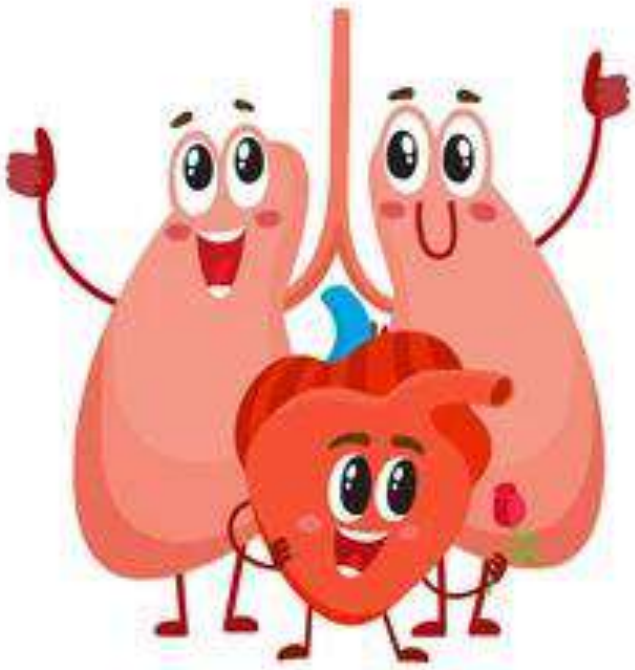
نظر إليّ وقال، وصوته صار أهدأ :

- كنت أظن أنني أختنق لأنني مريض في الرئة.

قلت له بهدوء:

- أحيانًا، الرئة تغرق لأن القلب تعب من الضخ.

في تلك الليلة، لم نُصلح قلبه، لكننا أعدنا التوازن بين الهواء والماء، بين الضغط والحياة. خرج من الطوارئ محمولًا إلى العناية، وعلى وجهه أثر تعب عميق، لكنه حيّ. في قسم الإسعاف، لا نمنح وعودًا طويلة الأمد، نحن فقط نمنح القلب والرئة فرصة أخرى ليتذكرا كيف كانا يعملان معًا، قبل أن يثقل عليهما الزمن فيفقدا الثقة ببعضهما .



# دماء سوداء

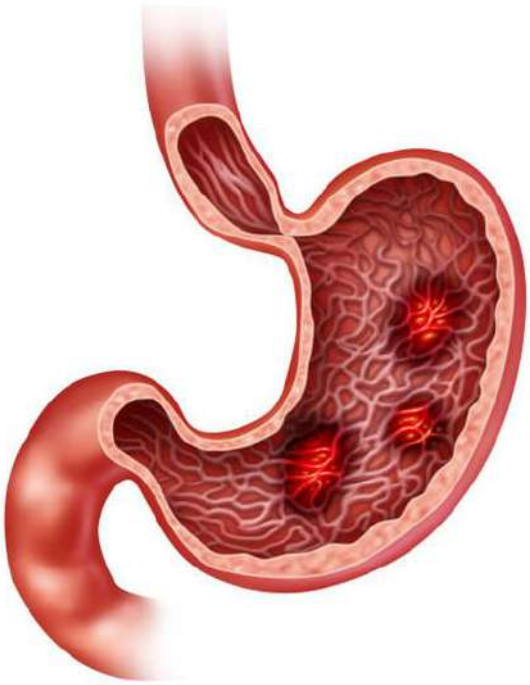
دخل بخطوات بطيئة، كأن الأرض أثقل من المعتاد. رجل في أوائل الستين، وجهه شاحب على نحو لا تخطئه العين، يحمل بيده ملفًا قديمًا من آلام متكررة لم تُحسم يومًا. قال بهدوء متعب إن **معدته تؤلمه منذ سنوات**، ألم حفظ شكله واعتاد عليه، لكنه اليوم جاء لسبب آخر، سبب جعله يخاف :

**" لون البراز... كان أسود، كالزفت. "**

في الطوارئ، هذه الجملة لا تمر مرور العابرين. اللون الأسود ليس عرضًا عابرًا، بل رسالة بيولوجية دقيقة تقول إن الدم لم يخرج طازجًا، بل قطع رحلة طويلة داخل الجسد قبل أن يظهر.

كانت علاماته الحيوية من البداية مقلقة ؛ ضغطه مقبول بالكاد، نبضه أسرع مما ينبغي، جلده بارد قليلًا، وعيناه تحملان ذلك الشحوب و التعب الذي لا يفسَّر بالسهر وحده. سألته عن الدوخة عند الوقوف، عن الخفقان، عن الإعياء غير المبرر، فأومأ برأسه. كان ينزف... لكن بصمت.

في داخله، كانت القصة أوضح مما تبدو. **الألم المعدي المزمن**، الذي سمّاه لسنوات "**حموضة**"، لم يكن إلا **قرحة تحفر جدار المعدة** ببطء وصبر قاسٍ. ومع الزمن، ومع الإهمال أو الاعتماد على المسكنات، وصلت القرحة إلى وعاء دموي. لم يكن نزفًا انفجاريًا يصرخ، بل نزفًا متواصلًا، قطرة بعد قطرة، حتى أعلن عن نفسه بلون لا يُخطئ.



شرحت له أن **البراز الأسود الزفتي** ينتج عندما ينزف الدم من أعلى الجهاز الهضمي — المعدة أو الاثني عشر — ثم يتعرّض أثناء مروره الطويل لأحماض المعدة والأنزيمات الهاضمة. يتحول الهيموغلوبين إلى مركبات داكنة، فيصبح البراز أسود لامعًا ذا رائحة نفاذة.

وهنا يكمن الفرق :

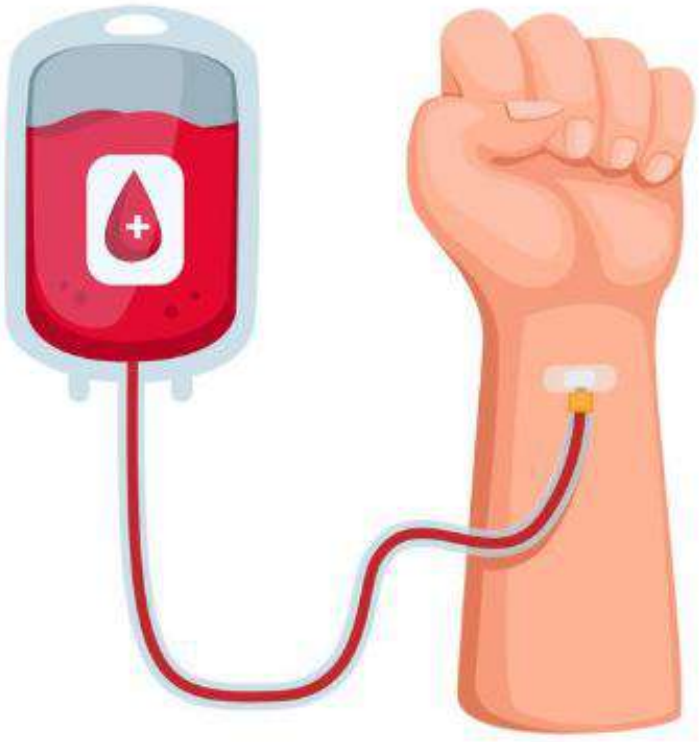
**البواسير أو الشقوق الشرجية** تعطي دمًا أحمر فاقعًا، طازجًا، لم يُهضم.

**سرطان القولون أو الرتوج القولونية** تعطي دمًا أحمر داكنًا أو عنابيًا.

أما السواد... فهو توقيع **النزف الهضمي العلوي**، دم عاش طويلًا قبل أن يُطرَد.

تحاليل الدم أكدت ما كنا نراه على وجهه. **الهيموغلوبين** ( خضاب الدم ) منخفض بشكل مقلق، أقل مما يسمح للأنسجة أن تتنفس بسلام. **الحديد** مستنزف، والجسد يعيش على الحد الأدنى منذ زمن. هنا، لم يعد **نقل الدم** خيارًا مؤجَّلًا، بل ضرورة إنقاذية.

أُدخل خطان وريديان عريضان، وبدأ نقل كريات دم حمراء مركزة بعد التحقق الدقيق من الزمرة والتوافق. نقل الدم لم يكن مجرد رفع رقم مخبري، بل إعادة الأكسجين إلى خلايا بدأت تدخل في دين صامت. مع كل وحدة، كان اللون يعود تدريجيًا إلى وجهه، وكان القلب يتباطأ، وكأن الجسد يتذكر فجأة كيف يكون الامتلاء بعد فراغ طويل.



بالتوازي، أُعطي **مثبط مضخة البروتون وريديًا** بجرعات عالية. خفض الحموضة لم يكن ترفًا دوائيًا، بل خطوة حاسمة؛ لأن **الوسط**

**الحمضي يذيب الخثرة الدموية على سطح القرحة، بينما الوسط القلوي يسمح لها أن تثبت، أن تغلق الجرح مؤقتًا حتى نصل إليه مباشرة.**

راقبناه عن كثب : **ضغطه، نبضه، كمية البول، ولون البراز**، لأن النزف قد يتوقف ظاهريًا ثم يعود. وحين استقر دورانيًا، جاء وقت الحسم : **التنظير الهضمي العلوي**.

داخل المعدة، ظهرت القرحة واضحة، فوهة ملتهبة في جدار أنهكه الزمن، وفي قاعها أثر نزف حديث. لم تكن صورة تشخيصية فقط، بل تفسيرًا لكل ما حدث. وخلال التنظير، عولجت القرحة موضعيًا **بالحقن والتخثير**، إغلاق مباشر لمصدر النزف، كمن يضع إصبعه أخيرًا على جرح كان ينزف منذ سنوات.

بعدها، بدأ الحديث عن الاستمرار لا النجاة فقط. **علاج سبب القرحة** ، **علاج الجرثومة المعدية الحلزونية إن وُجدت**، التزام طويل **بمثبطات الحموضة**، **تجنب المسكنات** التي حفرت هذا الجدار، والمتابعة الدقيقة. لأن القرحة التي نزفت مرة تعرف الطريق، وقد تعود إن أُهملت.

نظر إليّ لاحقًا، وقد هدأ صوته واستقام تنفسه، وقال :

- كنت أظن منذ زمن أن الألم المعدي عابر .

قلت له، وكأنني أختصر شرحاً طويلًا :

- الألم كان التحذير... لكن النزف هو الثمن.

خرج من الطوارئ محمولًا إلى القسم الهضمي ، لا لأنه شُفي، بل لأنه استعاد توازنه مع الحياة. في بعض الحالات، **لا يكون دور الإسعاف أن يعالج المرض، بل أن يقطع السقوط الحر، أن يعيد الدم إلى مجراه، والصمت إلى النزف.** البراز الأسود لم يكن عرضًا مخيفًا فحسب، بل كان اللغة الأخيرة لجسدٍ صبر طويلًا.

وحين نفهم هذه اللغة في وقتها، لا ننقذ المعدة فقط... بل ننقذ الزمن الذي كاد أن يُنزف دون أن يراه أحد.

# خنجر في الصدر

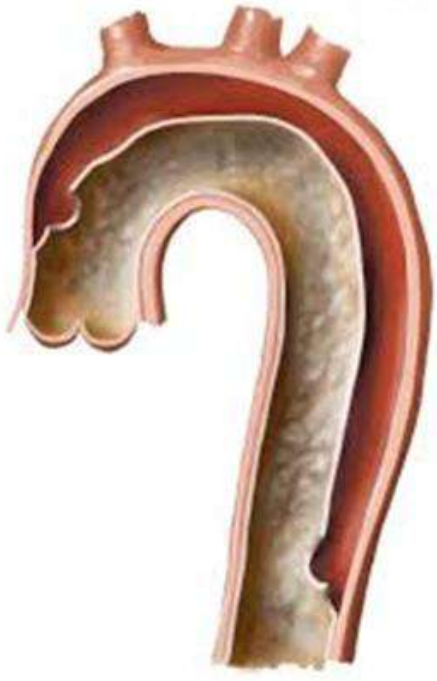
دخل وهو يمسك صدره لا كمن يتألم، بل كمن يحاول أن يمنع شيئًا من التمزق. رجل في السبعين، طويل القامة، شاحب الوجه، عيناه واسعتان على خوف صامت. قال بصوت مبحوح إن الألم لم يأتِ تدريجيًا، لم يطلب إذنًا، بل اندفع فجأة، طعنة حادة كالسِّكين في منتصف الصدر، ثم اندفع إلى الخلف، إلى ما بين لوحي الكتف، كأن الألم نفسه يشق طريقه من الأمام إلى الخلف.

في الطوارئ، بعض الأوصاف لا تحتاج إلى فحوص لتُشعل الإنذار. هناك كلمات تحمل تشخيصها في نبرتها. ألم صدري مفاجئ، شديد، ممزِّق، يمتد إلى الظهر... هذا ليس وجع قلب فقط، بل وجع مسار الحياة ذاته، **وكأن الشريان الأبهر الذي حمل سنوات العمر قرر أن يحتج فجأة.**

كانت علاماته الحيوية غير متناسقة على نحو مريب. **ضغط الدم في الذراع اليمنى أعلى منه في اليسرى**، نبضه سريع لكنه خافت، جلده بارد ومبلل بالعرق. لم يكن يشكو من ضيق نفس واضح، ولا من سعال، ولا من غثيان، بل من ألم خالص، صافٍ، يهيمن على كل شيء. هذا النوع من الألم لا يطلب تعاطفًا، بل يفرض حقيقة : هناك شيء يتفكك في العمق.

**الشريان الأبهر**... هذا الطريق السريع الذي خرج منه الدم أول مرة من قلبه قبل سبعين عامًا، لم يكن اليوم في وعيه. نحن لا نشعر بالأوعية ما دامت تؤدي واجبها بصمت. لكنها، ككثير من الأشياء في الحياة، تنهار فجأة حين تُحمَّل أكثر مما تحتمل. **تسلخ الأبهر** ليس حدثًا مفاجئًا تمامًا، بل خاتمة لمسار طويل من الضغط الشرياني غير المعالج ، من الإهمال، من القوة التي استُهلكت دون رحمة.

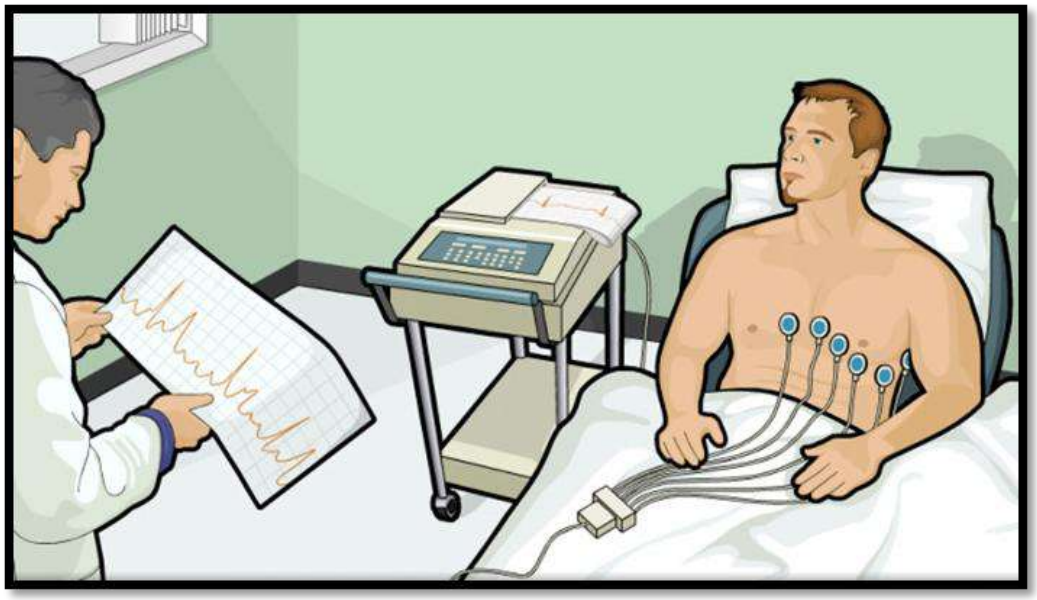
طبّيًا، يبدأ الأمر بتمزق صغير في الطبقة الداخلية للشريان. فتحة بالكاد تُرى، لكنها تسمح للدم أن يتسلل بين الطبقات، لا ليخرج إلى الخارج، بل ليشق الجدار من الداخل. الدم هنا لا ينقذ، بل يدمّر. ينحت مسارًا كاذبًا داخل الشريان، يفصل طبقاته، ويحوّل الطريق الواحد إلى طريقين : واحد حقيقي، وآخر خادع، كلاهما يحمل خطر النهاية.



فلسفيًا، يشبه الأمر حياتنا أكثر مما نحب الاعتراف به. كم مرة تسلل الضغط إلى داخلنا، طبقة بعد طبقة، حتى انشطرنا من الداخل دون أن ننهار خارجيًا ؟ كم مرة بدا كل شيء متماسكًا، بينما في العمق كان هناك صدع يتسع ؟

سألته عن ضغطه المرتفع، عن أدوية كان ينسى تناولها حين يشعر أنه "بخير"، عن سنوات من الصمت الوعائي. أجاب بنعم مبعثرة. في هذا العمر، لا تكون الأخطاء فجائية، بل متراكمة. **الجسد لا ينتقم، بل يحاسب.**

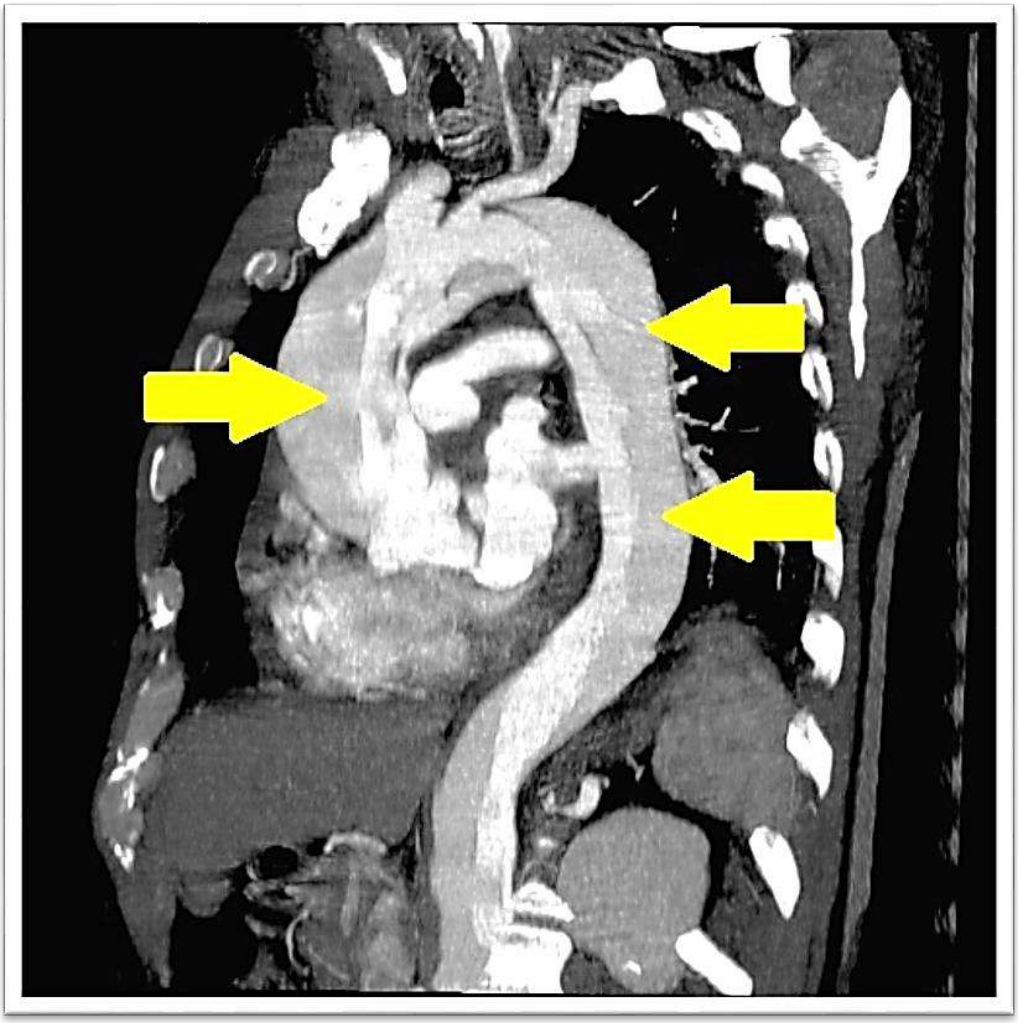
أُجري **تخطيط القلب** سريعًا. لم يكن تشخيصاً للتسلخ ، لكنه كان ضروريًا لاستبعاد احتشاء عضلة القلب. التخطيط جاء صامتًا على نحو مربك، صمت لا يطمئن. بعض أخطر الأمراض لا تترك توقيعها على الورق، بل على الجدار الداخلي للشرايين.



بدأنا ضبط الضغط فورًا. **حاصرات بيتا وريديًا** أولًا، لا لخفض الرقم فقط، بل لخفض القوة. فالقضية في تسلخ الأبهر ليست الضغط وحده، بل سرعة اندفاع الدم الذي يوسّع التمزق مع كل نبضة. خفض النبض هنا يشبه تهدئة موجة عاتية قبل أن تضرب جدارًا متصدعًا. بعد ذلك فقط، أُضيفت **موسعات الأوعية**، بدقة تشبه الجراحة الدوائية.

في هذه اللحظات، الطب يصبح فن توازن : **خفض كافٍ لينقذ، لا خفض قاتل يسرق التروية.** كل قرار كان يحمل وزن حياة كاملة، لا مجرد قيمة ضغط.

**التصوير المقطعي للصدر CT مع المادة الظليلة** كشف الحقيقة بوضوح قاسٍ. خط طويل داخل الأبهر، مسار دم حقيقي وآخر كاذب، جدار انشطر كما ينشطر الخشب اليابس تحت ضغط متراكم. لم يكن تسلخ الأبهر مجرد تشخيص، بل صورة مجازية للحياة حين تنقسم إلى ما كنا نظنه، وما كان يحدث فعلًا.



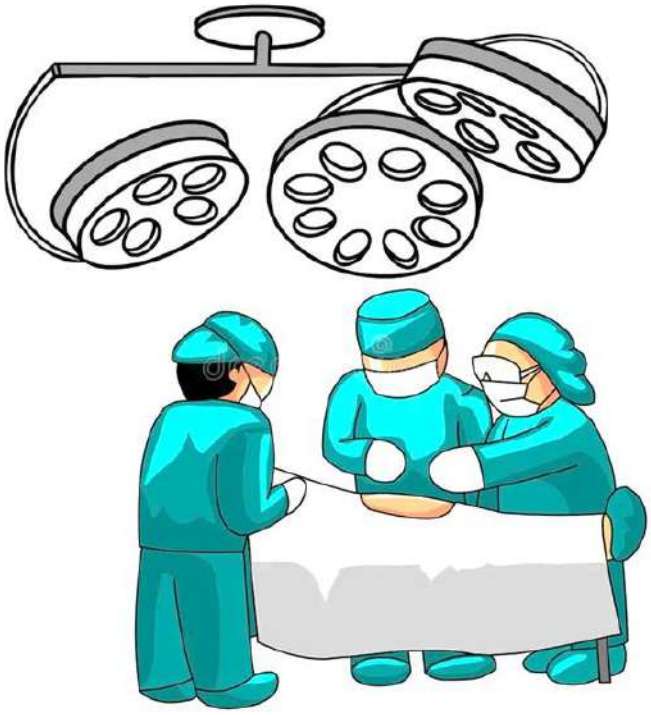
لم يكن السؤال بعد ذلك : **هل هو تسلخ** ؟ بل : **أي نوع** ؟

هل يشمل **الأبهر الصاعد**، القريب من القلب، حيث يكون الخطر قاتلًا ويحتاج إلى جراحة فورية ؟

أم يقتصر على **الأبهر النازل**، حيث قد يُدار دوائيًا تحت مراقبة لصيقة ؟

كان التشخيص واضحًا : تسلخ من النوع الذي لا يحتمل الانتظار.

القلب نفسه كان مهددًا، والصمامات، والتروية الدماغية، وكل دقيقة كانت قد تكون الأخيرة. نُقل إلى العناية المركزة، ثم إلى الجراحة، محاطًا بأجهزة تراقب كل نبضة، كل تغير في الضغط، كأن الطب كله انحنى فوق شريان واحد.



قبل نقله، نظر إليّ نظرة لا تحمل سؤالًا، بل تسليمًا. في تلك النظرة رأيت اعترافاً مبطناً صريحاً بدفع ثمن الإهمال لسنوات طويلة .. رأيت **محارب ساموراي** و هو ينفذ طقس الانتحار المشرف **هاراكيري** و هو يطعن نفسه بالسيف من الأمام إلى الخلف كما يفعل تسلخ الأبهر بالضبط ..

تسلخ الأبهر يعلّمنا درسًا قاسيًا لا في الطب فقط، بل في الحياة. ما يبدو متينًا قد يكون على وشك الانشطار، **وما نؤجله باسم الاعتياد قد يتحول إلى طعنة مفاجئة.** في الطوارئ، نحن لا نخيط الشرايين فقط، بل نقرأ سيرة الضغط الطويل، ونشهد اللحظة التي يقول فيها الجسد كلمته الأخيرة قبل الانهيار. وحين ننجح في إنقاذ مريض كهذا، لا نكون قد أنقذنا وعاءً دمويًا فحسب، بل منحنا الحياة فرصة أخرى لتبقى متصلة من الداخل، قبل أن تتمزق على حين غفلة.

# أصيح و السيف

# مزروع في خاصرتي

دخل وهو لا يمشي تمامًا، بل يتلوّى مع كل خطوة، كأن الألم يقوده لا قدماه. شاب في أوائل الأربعين، شاحب الوجه، عيناه لا تستقران في مكان واحد، يتحرك بلا وعي، يجلس ثم ينهض ثم يعود فيدور حول نفسه، باحثًا عن وضعية لا يجدها. قال إن الألم باغته فجأة في خاصرته، ألم حاد متموّج، كأنه موجة تضرب ثم تنسحب لتعود أعنف، ولم يترك له فرصة لالتقاط أنفاسه.

في البداية، لم يكن يعرف أين يضع إصبعه. أشار إلى الخاصرة، ثم قال إن الألم لم يلبث أن اندفع إلى أسفل، إلى المنطقة الأربية، ثم إلى الأعضاء التناسلية. هذا الانتشار لم يكن صدفة، بل خريطة عصبية دقيقة يرسمها الحالب حين يتألم، لكننا لم نكن قد سمّيناه بعد. كل ما كان واضحًا أن هذا الألم لا يشبه آلام العضلات، ولا آلام البطن المألوفة. هو ألم يجعل الجسد يرفض السكون، لأن السكون لا يخففه.

سألته الممرضة عن الغثيان، فأومأ. عن القيء، قال إنه كاد يحدث. عن الحمى، نفى. عن التبول، تردد لحظة ثم قال إن **البول كان مختلفًا، مائلًا إلى الوردي**. الدم هنا لم يكن كثيرًا، لكنه كان حاضرًا بما يكفي ليقلق، علامة صغيرة على أن شيئًا ما يجرح طريقه في الداخل.

كانت علاماته الحيوية مستقرة نسبيًا، ضغطه طبيعي، نبضه متسارع قليلًا بفعل الألم، حرارة جسمه عادية. هذا التناقض بين استقرار الأرقام وعنف الشكوى هو أول ما يلفت الانتباه. بعض أخطر الآلام لا تغيّر العلامات الحيوية، لكنها تغيّر الإنسان كله.

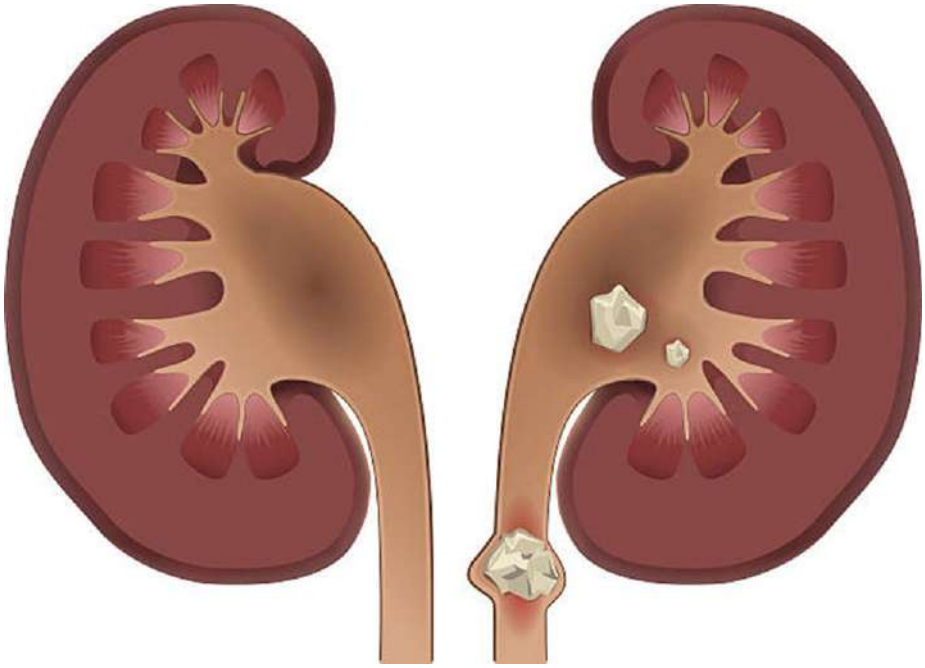
في الفحص السريري، لم يكن البطن متصلبًا، ولا هناك دفاع عضلي يوحي بالتهاب بريتواني. لكن الطرق الخفيف على الخاصرة كان كافيًا ليجعله ينكمش فورًا. هنا، يبدأ العقل السريري بربط الخيوط : **ألم خاصري، انتشار إلى المنطقة الأربية، تململ شديد، دم في البول، دون حمى أو علامات إنتان واضحة.**

بدأنا بالفحوص البسيطة، لا لأنها كافية، بل لأنها ترسم الاتجاه. **تحليل البول** أظهر كريات دم حمراء عديدة، دون بكتيريا تُذكر، ودون ارتفاع في الكريات البيضاء. النزف هنا لم يكن التهابيًا، بل ميكانيكيًا، احتكاكًا أكثر منه عدوى. الدم لا يأتي دائمًا من مرض خبيث فالبيلة الدموية السرطانية صامتة لا تؤلم ، بل أحيانًا يأتي من حجر صغير يجرح طريقه.

بدأ الشك بالحصيات البولية يتصاعد ، لكن الطب لا يكتفي بالافتراض. أُرسل **للتصوير المقطعي المحوسب بدون مادة ظليلة**،

كون **الإيكو** لا يكشف بعض أنواع الحصيات. في تلك الصور الرمادية، ظهرت الحقيقة أخيرًا : **نقطة بيضاء صغيرة في مسار الحالب، لكنها كانت كافية لتفسير كل شيء.** انسداد جزئي، تمدد فوقه، وكل تقلص للحالب كان محاولة يائسة لطرد جسم غريب لا يستجيب و هذا يفسر طبيعة ألمه **القولنجي** الذي يأتي و يذهب مع كل تقلص للحالب .

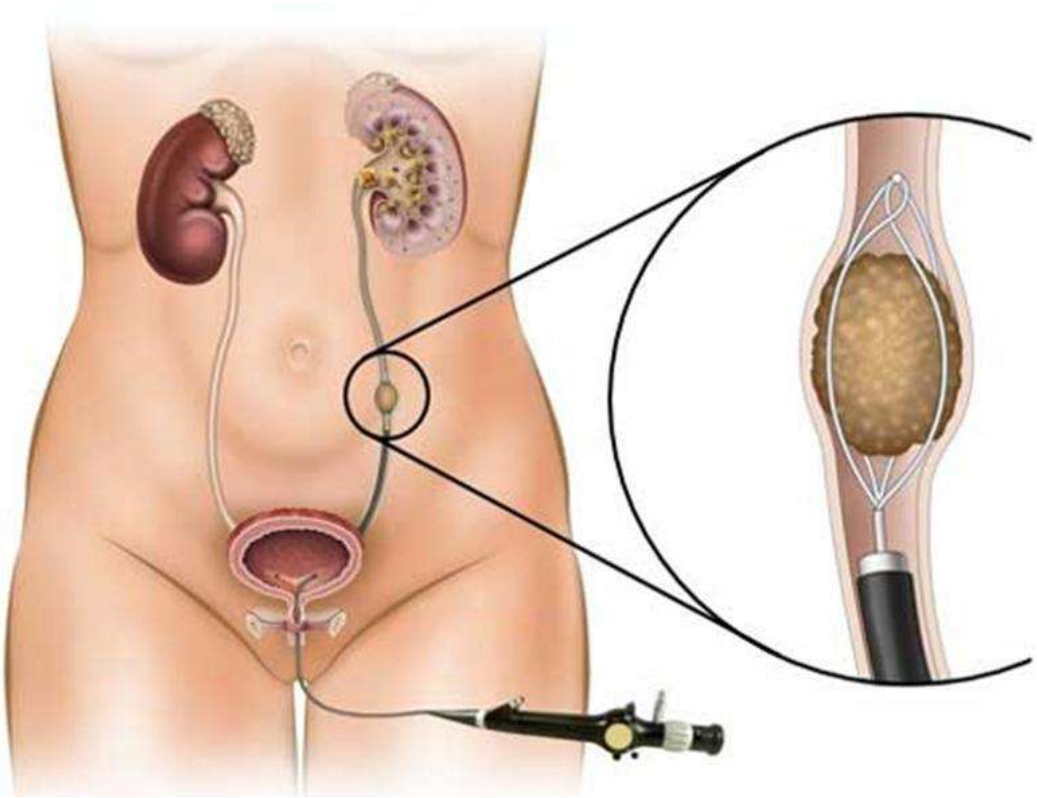
هنا فقط، استقام الاسم على المسمّى : **حصاة حالبية**. تشخيص لا يأتي من عرض واحد، بل من تتابع منطقي للألم، للانتشار، للدم، للصورة التي لا تجامل.



وحين أصبح التشخيص واضحًا، بدأ العلاج لا كضربة واحدة، بل كخطة. أُعطي **مسكنات قوية وريدية**، لأن هذا الألم لا يُترك للقدرة على التحمل. **مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية** لم تُخفف الألم فقط، بل **خففت الوذمة حول الحالب، وقللت الضغط داخل الكلية.** الألم هنا ليس عدوًا منفصلًا، بل نتيجة لتشنج وانسداد، وكل دواء كان يستهدف حلقة من هذه السلسلة.

شُجّع على **الإكثار من السوائل**، لا كنصيحة عامة، بل كوسيلة علاجية حقيقية، تيار مستمر يحاول دفع الحصاة إلى الأسفل.

وُصف له **دواء يرخّي العضلات الملساء للحالب**، يوسّع الطريق قليلًا، يمنح الحجر فرصة للمرور دون تدخل جراحي. تحدثنا عن الحجم، لأن الحجم هو الحكم الأخير : **الصغير قد يخرج بصبر، والكبير يحتاج يدًا خارجية عبر التفتيت بالصدى أو سحب الحصاة بتداخل إلى الحالب . و حصاته من النوع الصغير لحسن الحظّ .**



قبل خروجه، جلس أخيرًا بهدوء نسبي، وكأن الألم، بعد أن فُهم، فقد جزءًا من سلطته. قال بصوت أقل توترًا :

- لم أكن أتصور أن شيئًا صغيرًا يمكن أن يفعل كل هذا.

ابتسمت له و قلت :

- و أعظم النار من مستصغر الشرر ..

حصيات الحالب تذكير قاسٍ بأن الجسد لا يحتاج إلى كارثة ليصرخ. أحيانًا، يكفي انسداد صغير في ممر ضيق ليختل التوازن كله. في الطوارئ، لا نبدأ دائمًا باسم المرض، بل نستمع للألم وهو

يرسم طريقه خطوة خطوة. وحين نفهم هذا الطريق، لا نحرر البول فقط، بل نحرر الإنسان من فكرة أن الصغير لا يُحتسب في الجسد كما في الحياة ، فكثير من الأمراض تبدأ من خلل جيني بسيط ..

# قنبلة داخل الرأس

لم تدخل بهدوء، بل اقتحمت المكان كما يقتحم الألم كل ما حوله. فتاة في أوائل الثلاثين، تمسك رأسها بكلتا يديها كأنها تحاول أن تمنعه من الانشطار، عيناها دامعتان لا من البكاء بل من شدة ما وصفته لاحقًا بعبارة واحدة ظلّت ترن في الأذن : « **كأن قنبلة انفجرت داخل رأسي** ». لم يكن توصيفًا دراميًا، بل تشبيهًا دقيقًا، لأن بعض الآلام لا تُشبه شيئًا آخر.

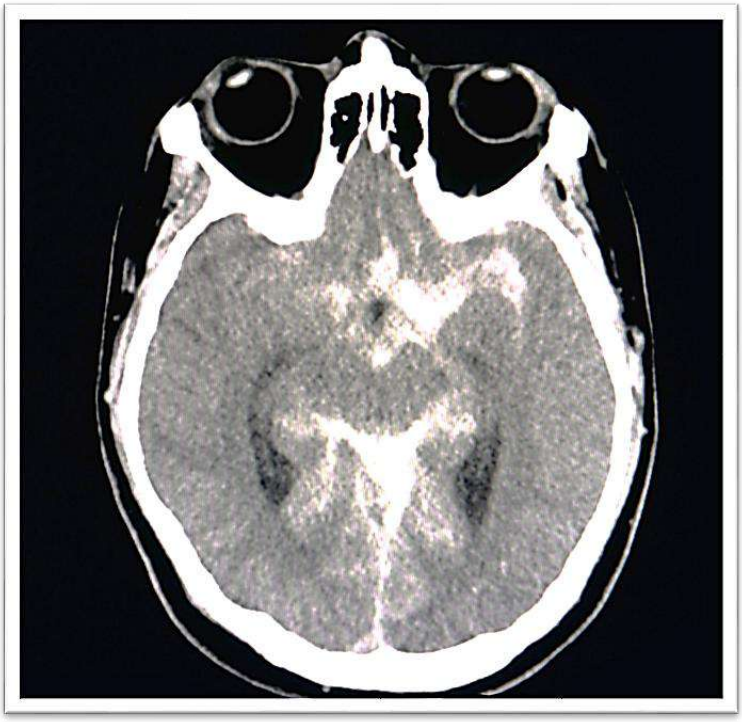
قالت إن الصداع جاء فجأة، بلا مقدمات، لم يسبقه إرهاق ولا توتر، لم يتدرج، بل هجم دفعة واحدة في قمة شدته منذ اللحظة الأولى. خلال دقائق، بدأ **الغثيان، ثم القيء، وتحوّل الضوء إلى عدو، والصوت إلى عبء لا يُحتمل**. حاولت الاستلقاء، فازداد الألم. حاولت الجلوس، فشعرت بدوار كأن الأرض تميل تحتها. لم تكن صفات **صداع الشقيقة**، ولا **الصداع التوتري**، بل شيء آخر، شيء يوقظ الخوف حتى قبل أن يفهمه العقل.

في الطريق إلى الإسعاف، بدأت تشعر **بثقل في عنقها، تصلب غير مفسّر، وكأن عضلات الرقبة تحوّلت إلى حبال مشدودة**. هذا

التصلب لم يكن عضليًا بحتًا، بل استجابة دفاعية للسحايا، الأغشية التي تحيط بالدماغ حين تتهيج بوجود الدم حيث لا ينبغي له أن يكون.

كانت علاماتها الحيوية مستقرة نسبيًا، ضغطها مرتفع قليلًا كرد فعل للألم، نبضها سريع، وحرارتها طبيعية. لكنها كانت شاحبة، متوترة، وتطلب بصوت متقطع أن يُطفأ الضوء. في الفحص العصبي، لم يكن هناك شلل واضح، ولا اضطراب كلام، لكن وعيها كان مثقلًا، كأن الدماغ نفسه يحاول أن يحمي ذاته بالانسحاب.

هنا، لا يسمح الوقت بالتردد. صداع مفاجئ شديد، يوصف بأسوأ صداع في الحياة، مع قيء وتصلب عنق... هذه ثلاثية لا تُناقش، بل تُعامل كإنذار **لنزف تحت العنكبوتي** . لم نبدأ بالتخمين، بل بالصورة. أُرسلت فورًا **للتصوير الطبقي المحوري للدماغ دون مادة ظليلة**، لأن الدم حديث النزف يظهر واضحًا بلا حاجة لأي إضافات.

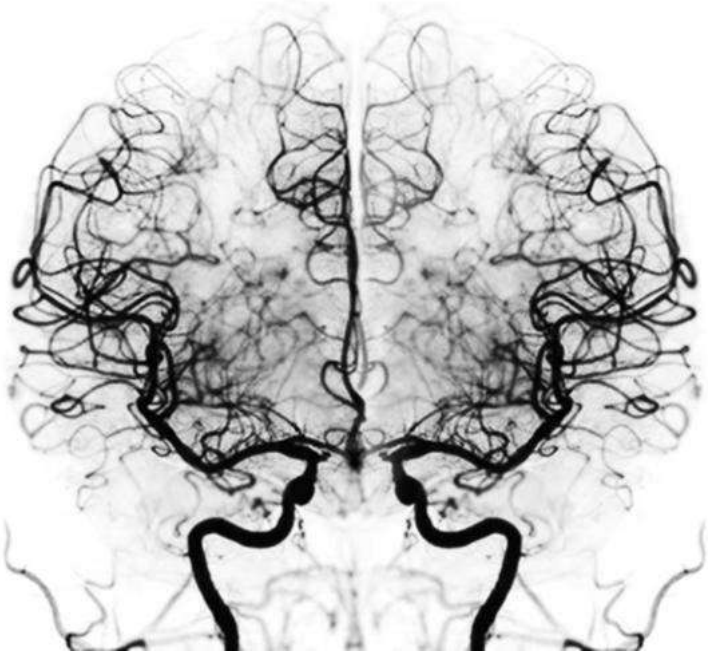


في الصور، كان النزف جليًا، **خطوط بيضاء تنتشر في المسافات**

**تحت العنكبوتية، في الأخاديد التي يُفترض أن تمتلئ بالسائل الدماغي الشوكي فقط.** الدم هنا لم يكن داخل نسيج الدماغ، بل حوله، يسبح في الفراغات التي لا تغفر الخطأ. النزف تحت العنكبوتية ليس نزفًا صامتًا، بل نزف يعلن نفسه بالألم العنيف ، لأنه يهيّج السحايا دفعة واحدة.

لكن السؤال الأخطر لم يكن : **هل هناك نزف ؟** بل : **لماذا نزفت ؟**

في مثل عمرها، وغياب الرضوض، يبدأ الشك في السبب الوعائي. أُجري لها **تصوير وعائي دماغي**، خريطة دقيقة لشرايين وأوردة الدماغ، وهناك ظهرت الحقيقة الأكثر تعقيدًا : **تشوّه شرياني وريدي، اتصال مباشر غير طبيعي بين شريان ووريد، تجاوز الشعيرات التي خُلقت لتخفف الضغط.** سنوات من الجريان العنيف أنهكت الجدار، حتى استسلم في لحظة واحدة.



هنا، ينتقل الطب من التشخيص إلى السباق مع الزمن. أُدخلت إلى **العناية المركزة العصبية**، حيث لا يُعالج النزف فقط، بل يُمنع ما قد يأتي بعده. أُعطيت **أدوية لضبط الضغط الشرياني**، لأن كل ارتفاع جديد قد يعني نزفًا جديدًا. أُعطيت **نيموديبين**، لا ليوقف النزف، بل **ليمنع التشنج الوعائي**، ذلك التضيق الثانوي للشرايين الذي قد

يخنق الدماغ بعد أيام من النزف ويُحدث احتشاءات صامتة لكنها قاتلة.

**السوائل** أُعطيت بحذر، التوازن كان دقيقًا : **لا جفاف يفاقم التشنج، ولا زيادة ترفع الضغط داخل القحف.** الألم عولج **بالمسكنات** ، لكن دون إفراط في التهدئة، لأن المراقبة العصبية تحتاج وعيًا يمكن تقييمه.

أما التشوّه ذاته، فلم يُترك للصدفة. بعد استقرارها، نوقشت الخيارات : **إغلاقه بالقثطرة عبر اللفّ الحلزوني أو الصمغ الوعائي، أو التدخل الجراحي بحسب شكله ومكانه.** الهدف لم يكن فقط إنقاذها من هذه الحادثة، بل حمايتها من انفجار آخر قد لا يمنحها فرصة ثانية.

وفي الليالي الأولى، حين هدأ الصداع قليلًا، قالت بصوت خافت إنها لم تكن تعرف أن داخل رأسها قنبلة مؤجلة منذ الولادة. الحقيقة أن كثيرين يحملون تشوهاتهم بصمت، إلى أن يقرر القدر أن يكشفها بعنف.

النزف تحت العنكبوتية ليس مرضًا يبدأ، بل حدثًا ينفجر. يعلّمنا أن

بعض الأخطار لا تُنذر، وأن الجسد قد يخفي هشاشته تحت مظهر الصحة الكاملة. في الطوارئ، حين تقول امرأة شابة إن رأسها انفجر، علينا أن نصدق الألم قبل أن نفهمه، لأن الإصغاء السريع قد يكون الفارق بين دمٍ يُحتوى ... وحياةٍ تنفلت.

# زلزال الجسد

لم يكن المرض هذه المرة هو ما أقلق الوالدين، فقد اعتادا عليه منذ سنوات، بل استمراره دون توقف. طفل في السادسة من عمره، جسده الصغير يهتز على نقالة الإسعاف، ثم يهدأ لثوانٍ قصيرة لا تكفي لالتقاط النفس، قبل أن تعود الرجفات أعنف، أطول، كأن الدماغ يرفض أن يعود إلى واقعه ، و كأن زلزالاً بقوة عشرة ريختر يجتاح الجسد الغضّ المتعب .

قال الأب بصوت مكسور إن ابنه مصاب **بالصرع** منذ الطفولة، وإن النوبات تأتي وتذهب، تتركه مرهقًا ثم يعود كما كان. لكن هذه المرة... هذه المرة لم تنتهِ. بدأت النوبة في المنزل كما في كل مرة، **تشنجات معممة، فقدان وعي، زبد خفيف على الشفاه.**
انتظروا الدقائق المعتادة، تلك التي تعلموا أن يعدّوها بصبر قاسٍ. خمس دقائق مرّت ولم تتوقف. عشر دقائق، وتحوّل القلق إلى خوف. بين نوبة وأخرى لم يستفق، لم ينظر، لم يبكِ، لم يعد طفلهم الذي يعرفونه. كان جسده يدخل في نوبة جديدة قبل أن يخرج من سابقتها.

عند وصوله إلى الإسعاف، كان لا يزال في حالة تشنج. عضلاته متيبسة، أطرافه ترتجف بإيقاع غير منتظم، عيناه منحرفتان، تنفّسه غير كافٍ، وصدره يعلو ويهبط بعجلة. هذه ليست نوبة صرعية عادية، بل استنزاف مستمر للدماغ، **حريق كهربائي لا يُطفأ**.

سُجّلت العلامات الحيوية بسرعة : **تسرّع قلب، ارتفاع ضغط نسبي، انخفاض تشبع الأكسجين. الحرارة كانت مرتفعة قليلًا،** ليس بسبب إنتان واضح، بل لأن العضلات التي تتشنج دون توقف تولّد حرارة كما يولّد الاحتراق. **كل دقيقة تمرّ تعني استهلاكًا أكبر للأكسجين والغلوكوز، وكل خلية عصبية تُجبر على العمل بلا توقف تقترب خطوة من التلف.**

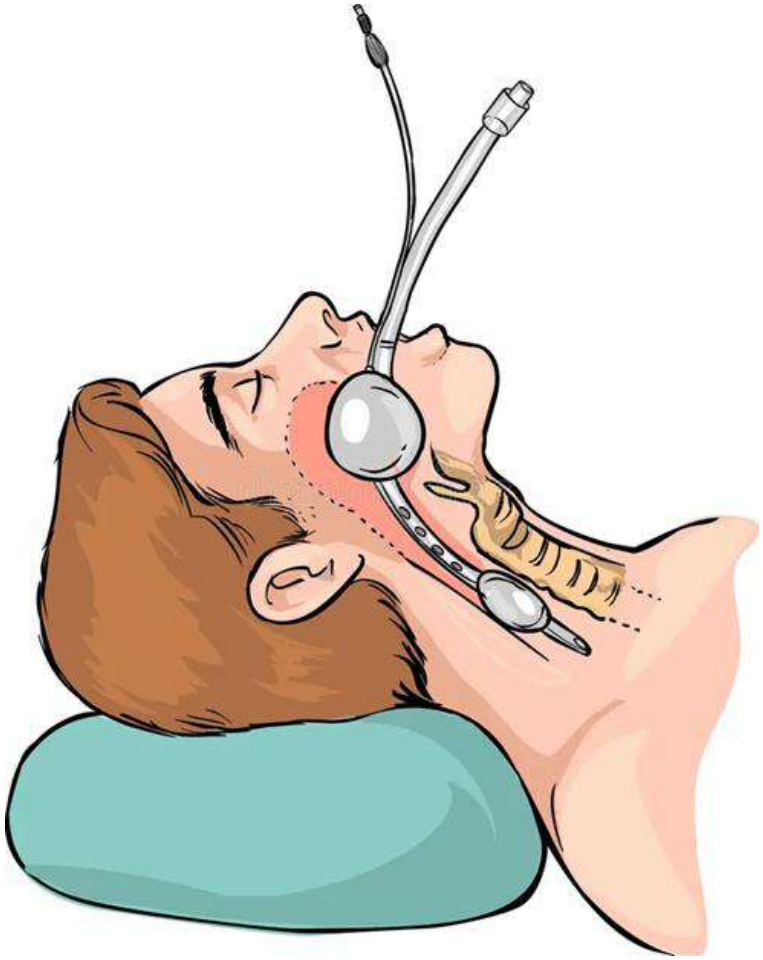
لم يكن هناك وقت لقصص طويلة، فالتاريخ المرضي كان واضحًا : صرع معروف، أدوية منتظمة، لا رض، لا تسمم واضح. ومع ذلك، لا يُفترض شيء في هذه الحالات. أُخذ **سكر الدم** فورًا، لأن نقصه قد يكون سببًا أو نتيجة، وقد يزيد النوبة اشتعالًا. كانت القيم طبيعية. أُرسلت **عينات دم سريعة للشوارد**، لأن **اضطراب الصوديوم أو الكالسيوم** قد يحوّل الصرع المسيطر عليه إلى فوضى.

لكن التشخيص هنا لم يحتج إلى تخمينات معقدة. نوبات صرعية مستمرة لأكثر من خمس دقائق، أو نوبات متتالية دون استعادة الوعي بينها... هذا له اسم ، وثقل هذا الاسم أكبر من عمر الطفل : **حالة صرعية**، طارئة عصبية مهددة للحياة، لأن الدماغ لا يُخلق ليبقى في حالة تفريغ كهربائي دائم.

بدأ العلاج قبل أن يُنطق التشخيص بصوت عالٍ. أُعطي **البنزوديازيبين** وريدياً، الدواء الأول في هذا السباق، ليس لأنه الأقوى، بل لأنه الأسرع في كبح العاصفة الكهربائية عبر تعزيز

تأثير **GABA**، الناقل المثبط الذي يحاول تهدئة الدماغ المشتعل. توقفت التشنجات لثوانٍ... ثم عادت. هنا، ندرك أننا لا نواجه مجرد نوبة طويلة، بل مقاومة.

أُتبع الدواء الأول **بمضاد صرع وريدي طويل الأمد**، هدفه ليس الإيقاف الفوري فقط، بل تثبيت الأغشية العصبية ومنع عودة التفريغ. في الوقت نفسه، كانت الممرضة **تراقب مجرى الهواء**، لأن التشنج الطويل يهدد التنفس، والدماغ المختنق لا يغفر التأخير. حين بدأ التنفس يضعف، لم يكن القرار صعبًا : **تأمين مجرى الهواء بالتنبيب الرغامي** ، لأن الحياة أولًا، ولأن بعض الأدوية المنقذة تحتاج دماغًا مؤكسجًا لتنجح.



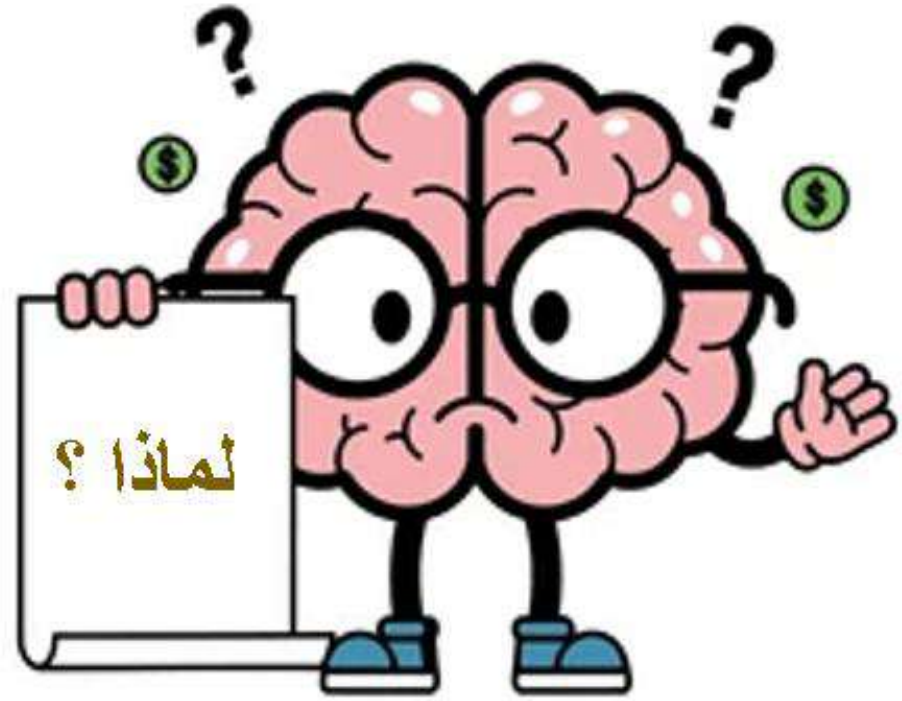
أُدخل إلى العناية المركزة، حيث لا يُعالج الصرع وحده، بل تُدار المعركة بكل جوانبها. **تخطيط الدماغ** أصبح أداة أساسية، لا فقط لتأكيد استمرار النشاط الصرعي الخفي، بل لمعرفة إن كانت

النوبات قد خمدت ظاهريًا بينما لا يزال الدماغ يعاني في الصمت.

**التصوير الدماغي** استُخدم لاستبعاد نزف أو آفة جديدة قد تكون فجّرت هذه السلسلة.

وبين الأجهزة والأسلاك، كان الوالدان واقفين، مذهولين. قال الأب بصوت بالكاد يُسمع :

- هو معتاد على النوبات...لكن لماذا هذه مختلفة ؟




والحقيقة المؤلمة أن الدماغ، حتى المعتاد على الصرع، له حد. كل نوبة تترك أثرًا، وكل تأخير يراكم خطرًا. الحالة الصرعية ليست تكرارًا لما سبق، بل انقطاعًا في قدرة الدماغ على إطفاء ذاته.

بعد ساعات، هدأ الجسد أخيرًا. لم يعد يتشنج. الأرقام استقرت. لكن المعركة لم تنتهِ. فالحالة الصرعية لا تُقاس فقط بإيقاف النوبة، بل

بما تتركه خلفها، وبالأسئلة التي تفرضها : لماذا حدثت ؟ هل هو فشل دوائي ؟ عدوى خفية ؟ اضطراب استقلابي ؟ كل جواب يعني تعديلًا في العلاج، حمايةً للمستقبل.

في الطوارئ، لا تكون الخطورة دائمًا في الشيء الجديد، بل أحيانًا في الشيء المألوف حين يتجاوز حدوده. نوبة يعرفها الأهل قد تتحول في لحظة إلى تهديد صامت للحياة. والحالة الصرعية تذكير قاسٍ بأن الدماغ، رغم مرونته، لا يحتمل الاحتراق طويلًا. إنقاذ طفل هنا لا يكون فقط بإيقاف التشنج، بل بإعادة الزمن إلى مكانه، ومنح الخلايا فرصة لتتنفس... كي تعود طفولةٌ كادت أن تُسرق في صمت.

# عاد جنينًا

دخل الشاب العشريني قسم الطوارئ ممسكًا ببطنه، وجهه شاحب ويداه تضغطان على البطن كما لو تحاولان حبس النار داخله. الألم بدأ فجأة في أعلى البطن، لكنه لم يكتف بالبقاء هناك، بل امتد إلى ظهره ، كأن نارًا خفية تحاصره من كل الاتجاهات، لا ترحم، ولا تسمح له بالاسترخاء.

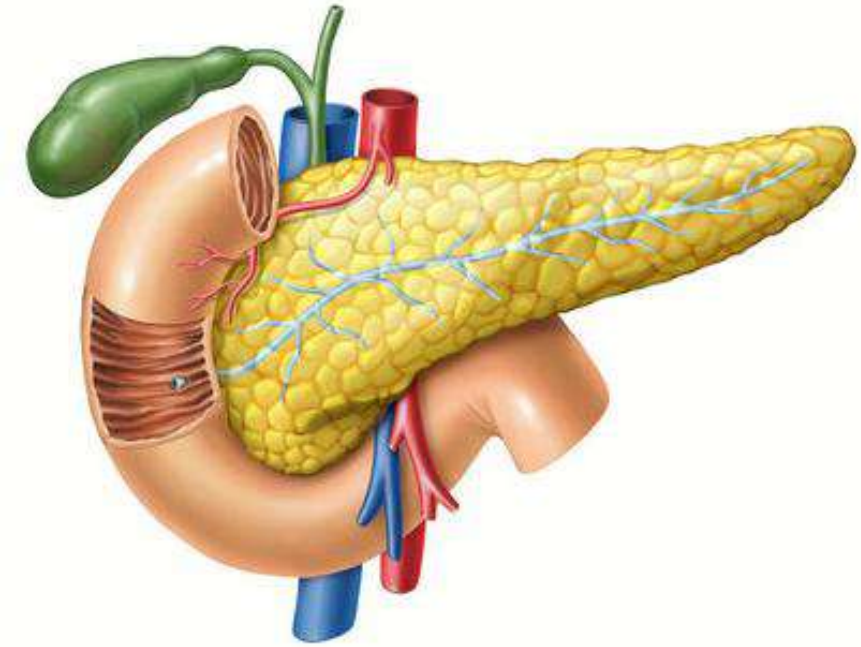
لم يستطع الوقوف؛ استسلم للسرير، أرتمى عليه، **وأخذ وضعية الجنين**، في محاولة لتخفيف الألم البطني المنهك لأن هذه الوضعية هي الأقل ألماً . كان يتنفس شهيقًا وزفيرًا متقطعًا، وجهه يغطيه العرق، وعيونه تترنح بين الانفتاح والاغماض، مع كل اهتزاز وكل تقلص كان يصرخ بالألم، لكنه لم يكن مجرد صرخة، بل لغة الجسد التي تحذر من خلل داخلي خطير.

بدأ الفحص الدقيق. ضغط الدم مرتفع قليلًا، النبض سريع والتنفس مضطرب، بينما الحرارة طبيعية. فحص البطن كشف عن حساسية شديدة في المنطقة العلوية الوسطى، **دون تصلب عضلي أو علامات التهاب بريتواني**، مما يدل على أن الألم ينبع من خلف البريتوان،

من عضو عميق حساس، حيث تتشابك العلاقة بين البريتوان الذي يغلف أحشاء البطن و تلك الأحشاء في صراع صامت لا يُرى بالعين المجردة.

بدأنا الإجراءات المخبرية، و كل تحليل كان نافذة إلى أعماق جسده :

**إنزيمات البنكرياس الأميلاز والليباز** جاءت مرتفعة بشكل واضح، **خمائر الكبد** ، و **كريات الدم البيضاء** ارتفعت قليلًا أيضاً ، أما **تحليل البول** فلم يظهر أي مؤشرات غير طبيعية. كل هذه القيم كانت تهمس لنا بأن شيئًا ما يمنع النظام الطبيعي من العمل، أن هناك انسدادًا داخليًا يجعل البنكرياس المتوضع خلف البريتوان يصرخ بصمت، وأن الجسد الشاب يحاول الدفاع عن نفسه.



ثم جاء التصوير لحسم الجدل : **الأشعة فوق الصوتية للبطن ( الإيكو )** أظهرت وجود حصاة صغيرة مهاجرة في القناة البنكرياسية المشتركة، سبب محتمل لكل ما نراه من **الألم، القيء، و التوتر**. ثم تم تأكيد التشخيص **بالتصوير المقطعي CT** الذي أظهر البنكرياس الملتهب بوضوح .. التشخيص أصبح جلياً الآن بلا أدنى لبس ، وتجمعت الأدلة لتكشف حقيقة ما يحدث : الشاب

يعاني من **التهاب البنكرياس الحاد** الناتج عن انسداد القناة البنكرياسية بحصاة مهاجرة من المرارة .

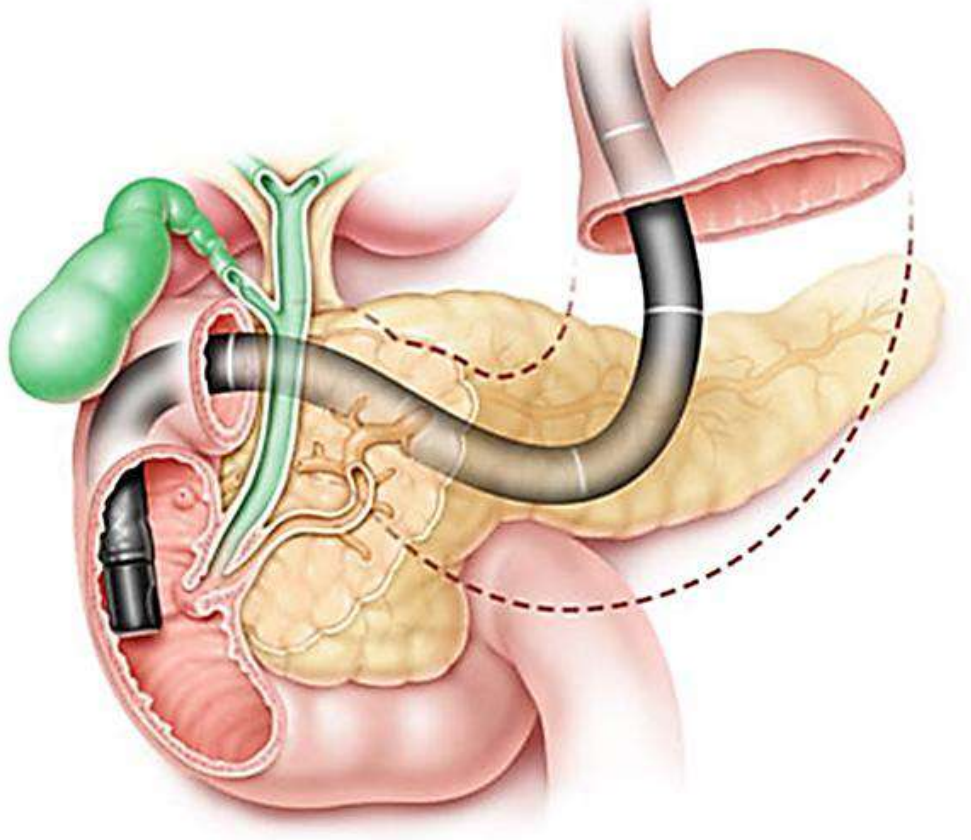
بدأ العلاج وكأنه رقصة تانغو بين الجسد و الدواء :

**السوائل الوريدية** انهمرت، تملأ ما فقده الجسم من قيء وتجفاف، لتبقي الدورة الدموية مستقرة والأعضاء مؤكسجة. **مسكنات قوية غير مورفينية وريدية** أُعطيت لتخفيف الألم و التشنجات العضلية . **مضادات الغثيان** أعطيت للحد من القيء، الذي كان يعيد إشعال نار الألم مع كل موجة.

و بالطبع العلاج لم يكتمل إلا بإعطاء البنكرياس فرصة للراحة، **فتم الامتناع عن تناول أي طعام عبر الفم**، بينما وُضعت **التغذية الوريدية** لتوفير السوائل، الأملاح، والطاقة اللازمة للجسم، بينما العضو يتعافى بصمت داخلي.

ثم جاء التدخل الحاسم : **تنظير القناة الصفراوية بالمنظار**

**(ERCP) لإزالة الحصاة**، و إعادة تدفق المفرزات البنكرياسية بحرية، وإنهاء تهيج البنكرياس.



مع مرور الساعات، بدأ الألم يتراجع تدريجيًا، أخذ الشاب يتحرك بحرية أكبر، لم يعد مضطرًا للبقاء في وضعية الجنين للشعور بالراحة، وجسده استعاد جزءًا من السيطرة على نفسه. وجهه بدأ يسترجع لونه الطبيعي، نبضه أصبح أبطأ، وتنفسه أعمق، وكأن جسده يشكر من أنقذه من نار داخلية كانت ستترك أثرًا طويلًا لو تُركت.

التهاب البنكرياس الحاد يعلمنا أن الألم الذي يصرخ به الإنسان ليس مجرد وجع، بل لغة الجسد ، فلكل ألم طبيعته و نوعه و انتشاره الخاص، كإشارة تحذيرية فورية بأن ثمة خلل حاصل في مكانٍ ما . **الجسد يعرف ما يجب فعله قبل العقل** لذا يتكلم معنا بلغته الخاصة ( الألم ) ، والطب يحتاج أن يقرأ هذه اللغة بحذر ودقة.

كل خطوة في التشخيص، كل تدخل علاجي ، كانت جزءًا من رقصة دقيقة بين الطبيب و المرض لإنقاذ حياة شاب، لإعادة التوازن إلى جسد كان على وشك أن يُنهكه حجر صغير، لتبدأ الحياة الصحية من جديد، بدون ألم يستعبد الجسد و يبيعه في سوق النخاسة المرضي .

# يوليوس

# قيصر

دخل الكهل الستيني قسم الطوارئ متكئًا على ذراع ابنته، لكن جسده كان يرفض هذا الاتكاء، كأن الألم أثقل من أن يُحمل. كان يمشي بخطوات متقطعة، وكل خطوة تبدو وكأنها طعنة جديدة في بطنه. لم يكن ألمًا عاديًا؛ لم يكن مغصًا ولا تقلصًا مألوفًا، بل ألمًا حادًا مفاجئًا، يشبه **طعنات السكاكين**، يأتي على شكل موجات خاطفة ثم يترك خلفه احتراقًا عميقًا. وجهه شاحب، عيناه متسعتان بقلق غريزي، ويداه تضغطان على بطنه كما لو كان يحاول منع شيء من التمزق في الداخل.

قالت ابنته بصوت متوتر إن الألم بدأ فجأة، دون إنذار، وإنه لم يشبه أي ألم بطني عرفه من قبل. لم يكن هناك قيء شديد في البداية، ولا إسهال واضح، لكن كان هناك شيء أخطر: **ألم شديد لا يتناسب مع الموجودات السريرية**. **فحص البطن** لم يُظهر تصلبًا واضحًا، ولا علامات التهاب بريتواني صريح، ومع ذلك كان الرجل يتلوى، يتأوه، وكأن أحشاءه تُذبح ببطء. هذه المفارقة، هذا التناقض بين شدة الألم وهدوء البطن الظاهري، كان أول جرس إنذار.

**العلامات الحيوية** لم تكن مطمئنة : **نبض سريع، ضغط دم يميل للانخفاض، وتنفس متسارع**. جلده بارد قليلًا، وكأن الدورة الدموية

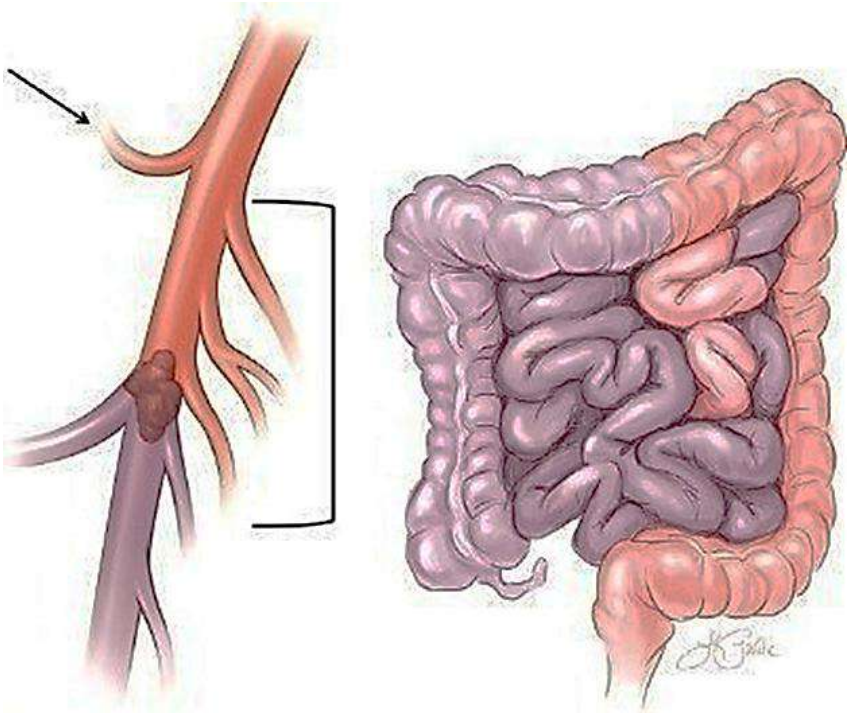
بدأت تنسحب من الأطراف لتدافع عن مركز الحياة. كان **الألم** يسبق العلامات، يصرخ قبل أن تتكلم الأجهزة، وهذه اللغة يعرفها من يعمل طويلًا في الطوارئ.

بدأت **التحاليل المخبرية** ، كل أنبوب دم كان محاولة لفهم ما يجري في الأعماق. **ارتفاع تعداد الكريات البيضاء**، في إشارة إلى استجابة التهابية عارمة، و**ارتفاع اللاكتات في الدم**، ذلك الرقم الصغير الذي يحمل دلالة كبيرة : نسيج يعاني من نقص التروية، خلايا تختنق دون أكسجين، وتنتج الحمض بدل الطاقة. **وظائف الكلى** بدأت تميل للاضطراب، نتيجة نقص التروية العامة، وكأن الجسد بأكمله يدخل في حالة طوارئ داخلية.

لم يكن هذا ألم معدة، ولا التهاب زائدة، ولا مغصًا كلويًا. هنا، كان الزمن عدوًا.

جاء الدور على التصوير، **التصوير الطبقي المحوري مع حقن المادة الظليلة**، تلك اللحظة التي يتحول فيها الشك إلى صورة يقين. أظهرت الصور **أمعاء متوسعة، جدرانًا سميكة في بعض المقاطع، وانقطاعًا في تروية جزء من الأمعاء الدقيقة، مع غياب واضح لامتلاء الشرايين المسؤولة عنها**. كان المشهد صامتًا لكنه قاسٍ : **احتشاء أمعاء**، عضو يُقتل لأنه حُرم من دمه.

السبب أصبح أوضح مع الربط السريري : **تاريخ من الرجفان الأذيني، جلطة انطلقت من القلب كخنجر صغير، استقرت في الشريان المساريقي الذي يروّي الأمعاء بالدم ، وأغلقت الطريق أمام الحياة**. الأمعاء، ذلك العضو الذي يعمل بصمت، بدأ يموت بصمت أيضًا، لكنه صرخ بالألم قبل أن يسكت.



العلاج لم يكن خيارًا بل سباقًا.

بدأت الإنعاشات فورًا : **سوائل وريدية بكميات مدروسة** لإعادة التروية، **أكسجين** لدعم الأنسجة التي ما زالت تقاوم، و **مضادات حيوية واسعة الطيف** لأن الأمعاء المحتشية تتحول بسرعة إلى مصدر تلوث دموي قاتل. **أُوقف الطعام تمامًا**، فالأمعاء لم تعد قادرة على الهضم، وأي عبء إضافي كان سيعجّل بانهيارها.

ثم جاء القرار الذي لا يحتمل التأجيل : **الجراحة الإسعافية**.

في غرفة العمليات، لم يكن الهدف فقط **إزالة الجزء الميت من الأمعاء**، بل إنقاذ ما تبقى حيًا، إعادة وصل ما يمكن وصله، ومنع السموم من التسرب إلى الجسد. كان الجراحون يعملون بدقة قاتلة للخطأ، لأن كل سنتيمتر من الأمعاء يعني مستقبلًا غذائيًا مختلفًا

لهذا الرجل. كل قطع كان مؤلمًا، لكنه ضروري، كأنك تبتر جزءًا من شجرة لتمنع موتها بالكامل.

بعد الجراحة، دخل الكهل **العناية المركزة**. أجهزة المراقبة تحيط به، أنابيب، محاليل، وأرقام تتحرك على الشاشات. الألم هدأ، ليس لأنه اختفى تمامًا، بل لأن مصدر الطعنات أُزيل. بقي الجسد في معركة تعافٍ طويلة، لكن النزيف الداخلي الصامت قد توقف، والموت الذي كان يزحف تراجع خطوة.

وأنا أراقبه بعد الجراحة، مستلقيًا بهدوء غريب، تذكرت **يوليوس قيصر**، ذلك القائد الذي لم يسقط بضربة واحدة، بل بطعنات متعددة، كل واحدة منها ليست قاتلة وحدها، لكنها مجتمعة أنهت حياته. و هكذا كان هذا الرجل ، الاحتشاءات المعوية سببت له آلاماً كطعنات السكاكين. الفرق الوحيد أن قيصر أدرك خيانتهم له

متأخراً ، أما هذا الكهل، فقد أنقذه الألم، ذلك الصراخ البدائي الذي يقول لنا قبل فوات الأوان : **هنا يُقتل عضو حي ... أسرعوا قبل أن يسقط الجسد كله.**

# صدمة العمر

دخلت الشابة الثلاثينية قسم الطوارئ محمولة تقريبًا بين ذراعي زوجها والممرض المناوب، جسدها متراخٍ كما لو أن الخيوط التي تشده إلى الوعي قد ارتخت فجأة. لم تكن هذه هي المرأة التي وصفها زوجها قبل أيام؛ قال إنها اشتكت من **ألم في الخاصرة**، ألم عميق ثابت، لم يكن طاعنًا بل ضاغطًا، يمتد أحيانًا نحو البطن السفلي، ترافق مع حرقة في التبول وارتفاع خفيف في الحرارة. تجاهلت الأمر، ظنته **التهابًا بوليًا عابرًا**، شيئًا يُؤجل، كما نؤجل التعب والألم حين تكون الحياة أسرع من أجسادنا.

الآن، كانت الصورة مختلفة تمامًا.

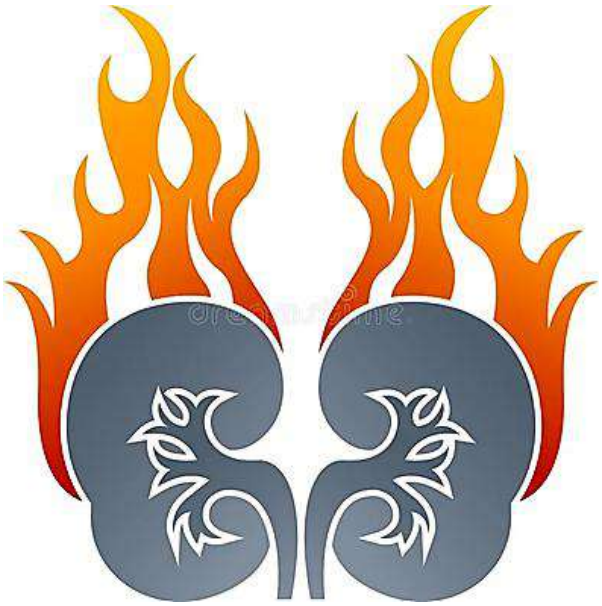
**وعيها متدهور**، عيناها نصف مفتوحتين دون تركيز، استجابتها بطيئة، وكلماتها إن خرجت كانت مبعثرة. **حرارتها مرتفعة، نبضها سريع، وضغطها الشرياني منخفض على نحو مقلق.** جلدها دافئ في البداية، ثم **بدأ يميل إلى البرودة في الأطراف**، علامة على أن الدورة الدموية لم تعد توزع الدم بعدل، وأن الجسد دخل مرحلة

الدفاع الأخيرة. كان الألم في الخاصرة ما يزال حاضرًا، لكن لم يعد يصرخ كما قبل؛ لقد تجاوزه المرض، وانتقل إلى مستوى أعمق، مستوى يهدد الحياة ذاتها.

بدأنا التقييم سريعًا، فالوقت هنا لا يُقاس بالدقائق بل بالأعضاء التي قد نفقدها. **الفحص السريري** كشف عن إيلام شديد عند القرع على الخاصرة، تلك العلامة التي تقول إن الكلية ليست بخير. الرئتان سليمتان، البطن لين، لكن الرائحة الخفيفة للعرق الحاد والحمى كانت تشي بأن الدم نفسه لم يعد نقيًا.

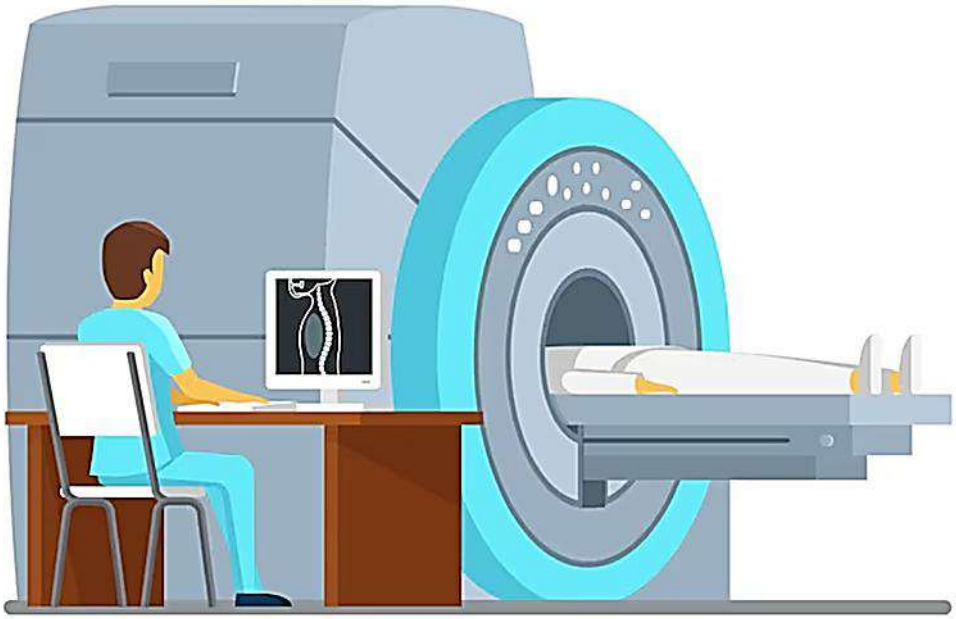
**التحاليل** جاءت كمرآة لما يحدث في الداخل.

**ارتفاع شديد في الكريات البيضاء**، في محاولة يائسة من الجهاز المناعي لاحتواء الغزو الجرثومي. **ارتفاع اللاكتات**، إشارة إلى أن الخلايا بدأت تختنق بسبب نقص التروية، وأن الصدمة لم تعد احتمالًا بل واقعًا. **وظائف الكلى** بدأت تتدهور، فالكرياتينين مرتفع، ليس فقط لأن الكلية ملتهبة، بل لأن الضغط المنخفض حرمها من الدم الكافي. **تحليل البول** كشف عن قيح غزير، بكتيريا، ونيتريت إيجابي، أدلة واضحة على التهاب بولي صاعد لم يتوقف عند المثانة، بل صعد، كما تصعد النار في سلم خشبي، حتى التهم الكلية.



ثم جاء **التصوير**، ليضع النقاط على الحروف.

**التصوير الطبقي المحوري للبطن** أظهر كلية متضخمة، متوذمة، محاطة بنسيج ملتهب، مع علامات واضحة على **التهاب حويضة وكلية شديد**. لم يكن هناك انسداد واضح، لكن الضرر كان قد حدث؛ الجراثيم وجدت طريقها إلى الدم، وحوّلت التهابًا موضعيًا مهملًا إلى **صدمة إنتانية** تهدد كل جهاز في الجسد.



بدأ العلاج فورًا، بلا تردد.

تم **إعطاء سوائل وريدية** بكميات كبيرة، لإعادة ملء الأوعية الدموية المنهكة، ورفع الضغط الشرياني، وإعادة الدم إلى الأعضاء التي بدأت تنسحب منها الحياة. أُعطيت **مضادات حيوية واسعة الطيف وريدية** دون انتظار نتائج الزرع، لأن الصدمة الإنتانية لا تنتظر أسماء الجراثيم؛ هي تحتاج إلى هجوم شامل يكسر سطوة العدوى. **الأكسجين** أُعطي لدعم الأنسجة التي تعاني من نقص الإرواء، وتمت **مراقبة البول** بدقة، لأن كل ميليلتر يخرج كان شهادة على بقاء الكلية في المعركة.

لكن السوائل وحدها لم تكن كافية. ضغطها بقي منخفضًا، فتم اللجوء إلى **مقبضات الأوعية** لدعم الدورة الدموية، لدفع الدم قسرًا

إلى الأعضاء الحيوية، بينما الجسم يحاول استعادة توازنه. خُفِّضت الحرارة، وضُبط السكر، ورُوقب الوعي لحظة بلحظة، لأن الدماغ أول من يتأذى حين تتلوث الحياة في مجراها الأساسي.

مع مرور الساعات، بدأت العلامات تتحسن ببطء. الضغط استقر نسبيًا، اللاكتات بدأ بالانخفاض، واستجابتها للصوت عادت تدريجيًا. لم يكن الشفاء حدثًا مفاجئًا، بل مسارًا طويلًا من العودة من حافة الهاوية. نُقلت لاحقًا إلى **العناية المركزة**، حيث يستمر العلاج، وتُعدّل المضادات الحيوية وفق نتائج الزرع، وتُعطى الكلية الوقت لتتعافى من خيانة الإهمال.

هذه القصة لم تبدأ في الطوارئ، بل بدأت أيامًا قبلها، عند أول ألم في الخاصرة تم تجاهله. التهاب الحويضة والكلية مرض يعرف كيف يتخفى في البداية، لكنه إن تُرك، يتحول إلى عاصفة، يجتاح

الدم، ويُسقط الوعي، ويضع الحياة على ميزان دقيق. الصدمة الإنتانية ليست حدثًا مفاجئًا، بل نتيجة سلسلة من التأجيلات الصغيرة، التي تنتهي بلحظة كبيرة، لحظة ينهار فيها الجسد دفعة واحدة، ويصبح إنقاذه سباقًا مع الزمن، لا يفوز به إلا من أدرك الخطر قبل أن يعمّ .

# رجل الثلج

كان المتشرّد الأربعيني أشبه بقطعة من الشتاء نفسه.

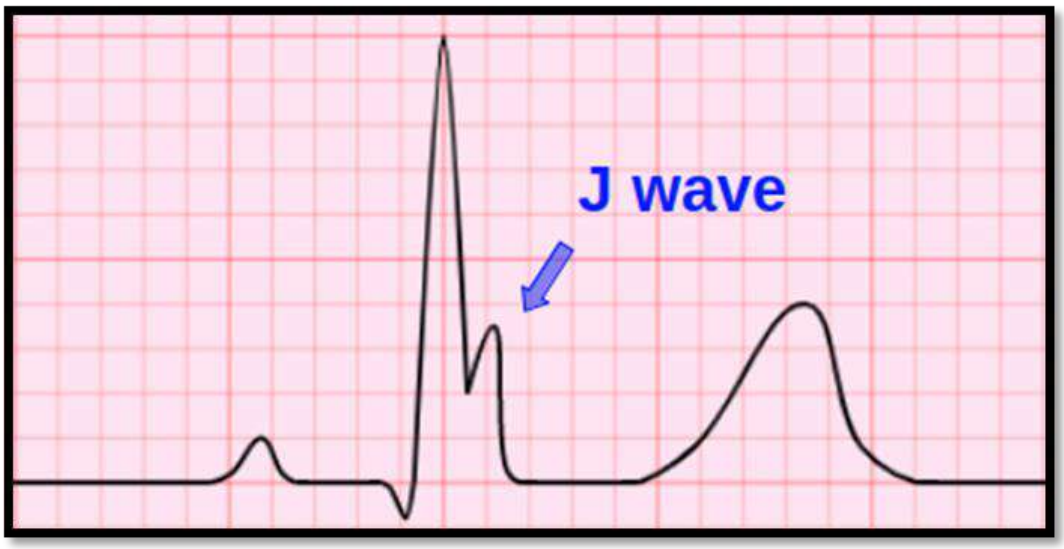
ثيابه الرثّة كانت طبقات متراكمة من فصولٍ خاسرة، معطف قديم فقد أزراره ، قماشٌ مشبع بالمطر والبرد والطرقات. شعره أشعث، متشابك، كأنه لم يُمشّط منذ سنوات، ولحيته الكثيفة غير المشذّبة تخفي ملامح وجهٍ أنهكه الزمن قبل أن ينهكه الفقر. كانت رائحته قاسية، مزيجًا من عرقٍ قديم، كحولٍ رخيص، ورطوبة إسفلت، رائحة جعلت بعض رجال الشرطة يشيحون بوجوههم لا اشمئزازًا فقط، بل هروبًا من حقيقة أن الإنسان قد يُترك طويلًا إلى هذا الحد. لم يكن قذرًا بقدر ما كان منسيًا، كأن المدينة لفظته خارج دفئها وقررت ألا تراه.

أحضرته الشرطة إلى قسم الطوارئ كما يُجلب شيءٌ عُثر عليه لا إنسانًا كاد يُفقد. كان الليل القاسي قد ترك بصمته عليه؛ جسده قاسٍ، أطرافه مزرقة، وملابسه الرطبة تنبعث منها رائحة بردٍ قديم، كأن الشتاء نفسه استلقى فوق صدره لساعات طويلة. وُضع على السرير دون مقاومة، غائبًا عن الوعي، أنفاسه بطيئة سطحية، وصدره يرتفع بصعوبة كما لو أن الهواء صار أثقل من أن يُحتمل. لم يكن في جيوبه ما يدل عليه، ولا في وجهه ما يدل على عمر محدد؛ البرد يسرّع الشيخوخة، ويختصر السنين.

كانت **حرارة جسده منخفضة بشكل خطير، الجلد شاحب مائل إلى الرمادي، والنبض بطيئًا خافتًا بالكاد يُجسّ. حدقتاه متوسعتان، انعكاس الضوء فيهما بطيء**، والجسد كله في حالة انسحاب، كما

لو أنه قرر التوقف عن المقاومة. لم تكن هناك شكاوى تُروى، ولا قصة تُحكى؛ الأعراض هنا صامتة، لكنها صارخة : **انخفاض حرارة شديد، اضطراب وعي، تباطؤ كل شيء، من الفكر إلى القلب.**

بدأ التقييم بحذر يشبه التعامل مع زجاج متشقق. أي حركة خاطئة قد تكسره. **تخطيط القلب** أظهر بطءًا قلبيًا مع **موجات أوبسورن J** ، تلك العلامات الكهربائية التي لا تظهر إلا حين يبرد القلب نفسه.




**الفحص السريري** أظهر ضغط الدم منخفض، و تنفساً غير منتظم. الفحص العصبي لم يُظهر بؤرية واضحة؛ غياب الوعي كان عامًا، سببه ليس ضربة ولا نزفًا على ما يبدو ، بل انسحاب الدماغ إلى أقصى درجات الاقتصاد في الطاقة.

**التحاليل المخبرية** كشفت المزيد من القسوة.

**اضطراب الشوارد،** خاصة نقص الصوديوم والبوتاسيوم، نتيجة التعرض الطويل للبرد وسوء التغذية. **ارتفاع خفيف في الكرياتين كيناز،** دليل على بدء انحلال عضلي بسبب التجمد الجزئي للأطراف. **غازات الدم** أظهرت حماضًا استقلابيًا، لأن الخلايا لم تعد قادرة على استخدام الأكسجين بكفاءة في هذا البرد القاتل. **سكر الدم منخفض،** فالجسد الذي لم يُطعم منذ أيام استهلك آخر احتياطاته

في محاولة يائسة للبقاء.

**التصوير** لم يكن أولوية بقدر ما كان استبعادًا؛ **تصوير الرأس** استُخدم لنفي النزف أو الرض، فجاء سليمًا. هنا، لم يكن المرض في عضو بعينه، بل في الجسد كله، في اختلال توازنه مع البيئة. التشخيص أصبح واضحًا دون أن يُنطق باسمه في البداية :
**انخفاض حرارة الجسم الشديد** مع اضطراب وعي مهدد للحياة.

كان جسد المتشرد في الإسعاف كرجل ثلج ليلة الميلاد هذه .. أما هديته لنا فكانت استردادنا لشيء من الإنسانية التي نفقدها رويداً رويداً بين ساعات الحياة الروتينية ..

العلاج بدأ بهدوء صارم، لأن السرعة هنا قد تقتل.

**نُزعت ملابسه المبتلة**، وبدأ **التدفئة السلبية** بتغطيته ببطانيات حرارية، ثم **التدفئة الفعالة** باستخدام هواء دافئ، لأن الجسد فقد قدرته على توليد الحرارة بنفسه. أُعطي **أكسجين دافئ مرطّب**، فالرئتان تحتاجان للحرارة بقدر حاجتهما للهواء. **السوائل الوريدية**

**أُعطيت مدفأة**، لا لتعويض النقص فقط، بل لإعادة الحرارة إلى العمق، حيث يكمن القلب والدماغ.

تم **تصحيح الشوارد بحذر**، لأن القلب البارد لا يحتمل التقلبات المفاجئة. **سكر الدم رُفع تدريجيًا**، فالمخ لا يصحو على فراغ. لم تُستخدم أدوية منشطة للقلب إلا عند الضرورة القصوى، لأن القلب المتجمد قد يدخل في اضطراب قاتل عند أقل استفزاز. كانت القاعدة الطبية واضحة : **لا أحد يُعتبر ميتًا حتى يُدفأ ويُعاد تقييمه**.

مع مرور الوقت، بدأت العلامات الصغيرة تظهر. النبض تسارع قليلًا، لون الجلد تحسن، والتنفس صار أعمق. فتح عينيه للحظة، لم ينطق، لكن تلك اللحظة كانت انتصارًا صامتًا. **الجسد الذي قرر الانسحاب عاد خطوة إلى الوراء، أعيد إلى منطقة الدفء، لا فقط بحرارة الأجهزة، بل بحرارة الاعتراف بإنسانيته.**

هذه لم تكن مجرد حالة انخفاض حرارة، بل قصة جسد تُرك طويلًا في العراء بلا إنسانية ، حتى كاد ينسى إيقاع الحياة. البرد لا يقتل دفعة واحدة؛ هو يُطفئ الإنسان طبقة طبقة، يبدأ بالأطراف، ثم الفكر، ثم الإرادة. وفي الطوارئ، لا نعالج الأرقام وحدها، بل **نعيد**

**إشعال شرارة صغيرة في جسدٍ ظنّ القهر والشتاء أنهما انتصرا عليه.** أحيانًا، يكون العلاج الحقيقي هو أن نقول للجسد، ولو بصمت : **لم يحن وقت النهاية بعد ، فأنت لن تسير وحدك .**

# اختناق

# بالهواء

وصلت العائلة دفعة واحدة إلى قسم الطوارئ، لا يحملهم الإسعاف هذه المرة، بل ذعر الجيران. أم وأب وطفلان، وجوههم شاحبة، ملامحهم مطفأة كأن النوم انقلب فجأة إلى غيبوبة جماعية. قال الجيران إنهم طرقوا الباب طويلًا دون جواب، وإن رائحة خانقة غير مرئية كانت تملأ الشقة، رائحة لا تُشم بقدر ما تُحس، **ثقل في الصدر، صداع مفاجئ، وإحساس غامض بالاختناق**. المدفأة كانت ما تزال تعمل، صامتة، لا تُصدر دخانًا، لكنها كانت تقتل ببطء.

الأعراض ظهرت متدرجة، خادعة.

الأب اشتكى أولًا **من صداع ضاغط، ، دوار، وغثيان**، ظنه إرهاق يوم طويل. الأم شعرت **بثقل في الرأس، تشوش في التفكير،**

**وتسارع في القلب.** الطفلان كانا الأضعف؛ **أحدهما أصبح نعسًا على غير العادة، والآخر تقيأ ثم استلقى دون مقاومة.** لم يكن هناك سعال ولا ضيق تنفس صريح، لأن العدو لم يكن يسرق الهواء، بل كان يسرق شيئًا أعمق : القدرة على استخدامه و كأنك تختنق بالهواء .

عند وصولهم، كانت **العلامات الحيوية** مضللة في بساطتها. **تشبع الأكسجين على جهاز النبض بدا مقبولًا، الجلد دافئ نسبيًا، لكن الوعي كان متدهورًا بدرجات متفاوتة.** الأب مرتبك، الأم تتكلم ببطء، الطفلان شبه غائبين عن الاستجابة. هذا التناقض بين تشبع يبدو طبيعيًا وحالة عصبية مقلقة كان المفتاح الأول. **غاز أحادي أكسيد الكربون CO** لا يخفض نسبة الأكسجين المقاسة، بل يخدع الأجهزة كما يخدع الجسد.

بدأ التقييم بسرعة، فالوقت هنا يُقاس بالخلايا العصبية.

تحاليل **غازات الدم** أُجريت مع قياس خاص **لكربوكسي هيموغلوبين (COHb)** ، فجاءت النسب مرتفعة لدى الجميع، أعلى ما تكون عند الطفلين، لأن أجسادهم الصغيرة تستسلم أسرع.

تفسير ذلك كان واضحًا : **أول أكسيد الكربون يرتبط بالهيموغلوبين بقوة تفوق الأكسجين بأكثر من مئتي مرة، يحتل مكانه، ويمنع نقله إلى الأنسجة.** ليس هذا فقط، بل **يجعل الهيموغلوبين المتبقي يتمسك بالأكسجين ولا يفرغه، فتختنق الخلايا وسط دم يبدو مؤكسجًا.**

التحاليل أظهرت أيضًا **حماضًا خفيفًا**، نتيجة التحول إلى الاستقلاب اللاهوائي، والدماغ كان أول من يدفع الثمن. لم تكن هناك حاجة كبيرة للتصوير فالقصة السريرية، التعرّض المشترك، وتدهور الوعي و التحاليل كانت كافية لرسم التشخيص الكامل : **اختناق جماعي بأحادي أكسيد الكربون من المدفأة .**

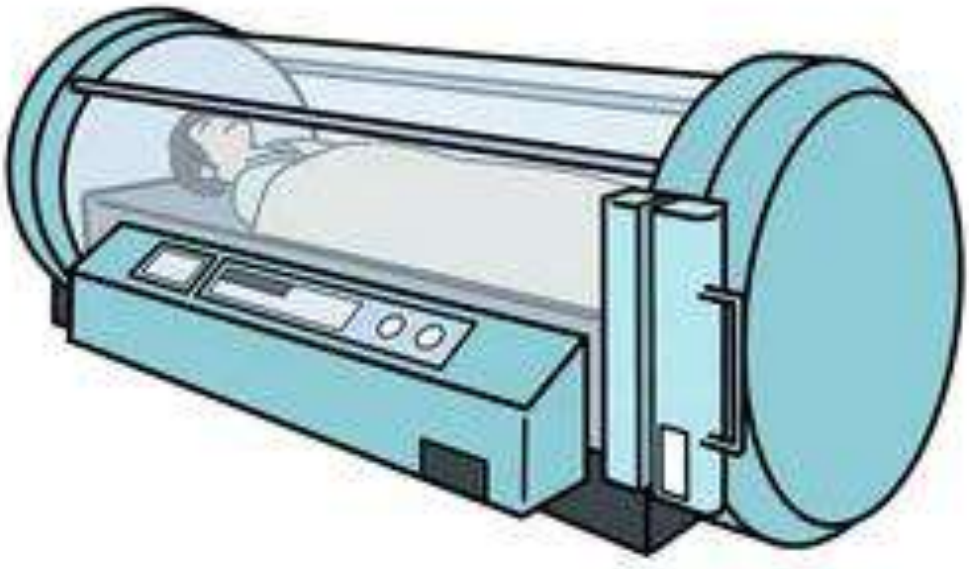
العلاج بدأ فورًا وبلا مساومة.

وُضع الجميع على **أكسجين بتركيز 100%** عبر أقنعة غير راجعة. هذا الأكسجين لا يعالج فقط نقص الأكسجة، بل يطرد أول أكسيد الكربون من ارتباطه بالهيموغلوبين، ويقلص عمره النصفي في الدم من ساعات طويلة إلى دقائق. كان هذا سباقًا لطرد القاتل غير المرئي من مجرى الحياة.

تمت **مراقبة الوعي بدقة**، خاصة لدى الطفلين، لأن الدماغ النامي أكثر هشاشة أمام نقص الأكسجة. **السوائل الوريدية** أُعطيت لدعم

الدوران وتحسين الإرواء الدماغي. أُجريت **مراقبة قلبية مستمرة** للأب والأم، لأن **أول أكسيد الكربون قد يسبب إقفارًا قلبيًا صامتًا** حتى لدى من لا يعانون من مرض قلبي سابق.

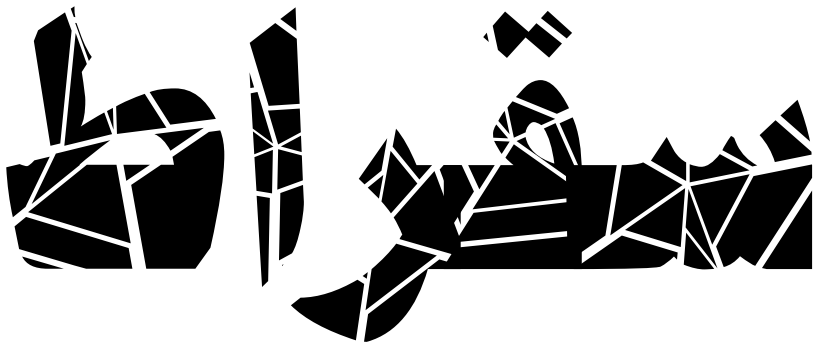
نظرًا لارتفاع نسب الكربوكسي هيموغلوبين ووجود أعراض عصبية واضحة، تم تحويل العائلة لاحقاً للعلاج **بالأكسجين عالي الضغط**. في تلك الغرفة المعدنية، حيث يُضغط الأكسجين إلى أعماق الدم، لا يُستبدل الهواء فقط، بل تُعاد كتابة التوازن الكيميائي للجسد. الأكسجين عالي الضغط يُسرّع تحرير الهيموغلوبين من قبضة الغاز السام، ويُشبع البلازما نفسها بالأكسجين، ليصل إلى خلايا لم يعد الدم قادرًا على إنقاذها وحده.



مع مرور الساعات، بدأت الحياة تعود تدريجيًا. الأب استعاد تركيزه، الأم بدأت تطرح الأسئلة، والطفلان فتحا أعينهما، مرتبكين، لكن أحياء. الصداع خف، الغثيان تراجع، والوعي عاد كما يعود الضوء بعد انقطاع طويل.

أول **أكسيد الكربون CO** لا يصرخ، لا رائحة له، ولا لون، ولا إنذار. يدخل البيوت بهدوء، ويجلس قرب العائلات كما لو كان فردًا

إضافيًا في الغرفة، ثم **يبدأ بسرقة الأكسجين** خليةً خلية. في تلك الليلة الشتوية، **لم يكن الجيران منقذين فحسب، بل كانوا الرئة التي تنفست عن العائلة المصابة في اللحظة الأخيرة**. وفي الطوارئ، تعلّمنا من جديد أن أخطر السموم هي تلك التي لا تُرى، وأن النجاة أحيانًا تبدأ بطرق باب لم يفتحه أصحابه في الوقت المناسب.

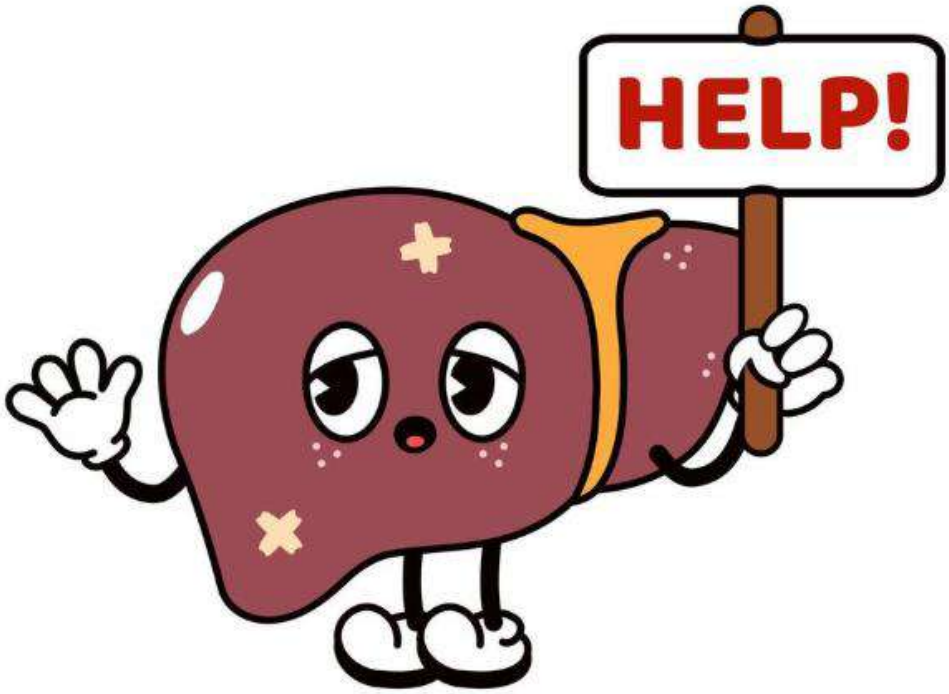


دخل الشاب ذو الثمانية عشر عامًا قسم الطوارئ بين والديه، لا مقاومة في جسده ولا تحدٍّ في عينيه، بل فراغٌ ثقيل يشبه ما يسبق العواصف. في الطريق، كانت القصة قد قيلت بصوتٍ متكسّر : والدان يعملان في الوسط الفني، يريان المستقبل مسرحًا واحدًا لا بديل عنه، ويُصرّان أن يسير الابن على الخشبة نفسها. لكنه كان يرى حياته في مكان آخر؛ في المختبر، في الكتب، في الأسئلة التي لا تُصفّق لها القاعات بل تُضيء بها العقول. تراكم الضغط، تحوّل الحب إلى إكراه، والحلم إلى صراع يومي، حتى جاءت الليلة التي قرر فيها أن يبتلع أربعين حبّة باراسيتامول دفعة واحدة، لا ليؤلم جسده بقدر ما ليُسكت صراعًا داخليًا لم يجد له لغة.

الأعراض بدأت خادعة، كما هو شأن هذا الدواء حين يتحوّل إلى سمّ. وصل الشاب **واعيًا، شاحب الوجه، يشكو من غثيان شديد، ألم ضاغط في أعلى البطن، وتعرّق بارد.** القيء كان متكررًا، لكن الألم لم يكن عنيفًا بعد، كأن الجسد يمنحه مهلة قصيرة قبل أن يكشف الثمن. **العلامات الحيوية** كانت مستقرة نسبيًا، وهذا الاستقرار ذاته كان مضلّلًا؛ فالخطر هنا لا يصرخ في الساعات

الأولى، بل يتخفّى. كان الوعي حاضرًا، لكنه مثقل، والكلمات تخرج قليلة، وكأن التعب سبق الاعتراف.

بدأنا وسائل التشخيص بلا إبطاء، لأن الزمن في تسمم الباراسيتامول ليس خطًا مستقيمًا بل منحدرًا. أُخذت **عينات الدم لتحديد مستوى الباراسيتامول في المصل** مع حساب الزمن منذ الابتلاع، ولتقييم **وظائف الكبد : ALT وAST، وزمن البروثرومبين ( INR )** كون هذا الدواء بالجرعات المفرطة يؤذي الكبد بشكل خاص ، إضافة إلى **غازات الدم والشوارد**. في الساعات الأولى، قد تكون إنزيمات الكبد طبيعية أو مرتفعة قليلًا، لكننا نعرف ما سيأتي إن تُرك السمّ يعمل؛ نعرف أن الباراسيتامول يتحول في الكبد إلى مستقلب سام يُدعى **NAPQI**، وأن **الجلوتاثيون** وحده قادر على تحييده، وأن الجرعات الكبيرة تستنزف المخزون من الجلوتاثيون ، فتُترك الخلايا الكبدية عارية أمام السُمّ.




أُسقطت القيم على **مخطط رومَاك – ماثيو**، ذلك المخطط الذي يقرر مصير الكبد بناءً على رقم و زمن. كان المستوى في المنطقة

الخطرة. ومع هذا الرقم، لم يعد التشخيص احتمالًا : **تسمم حاد بالباراسيتامول بجرعة مهددة للحياة**، خطره الحقيقي ليس القيء ولا الألم الحالي، بل **فشل كبدي حاد** قد يبدأ بعد **24 – 27** ساعة، حين يهدأ كل شيء ظاهريًا وتنهار الخلايا بصمت.

العلاج بدأ فورًا وبحزم. أُعطي **الفحم النشط** لأن الزمن منذ الابتلاع كان ما يزال يسمح بتقليل امتصاص الدواء عبر اقترانه بالفحم الفعال.

ثم بدأنا العلاج النوعي : **N-acetylcysteine ( NAC )** وريدياً، ذلك الدواء الذي **يعيد بناء مخازن الجلوتاثيون** ، ويمنح الكبد فرصة ثانية قبل أن يختنق. لم يكن مجرد ترياق، بل سباقًا لإيقاف سلسلة تفاعلات كيميائية بدأت بالفعل. **السوائل الوريدية** دُعمت للحفاظ على الإرواء، **ومضادات الغثيان** خففت القيء الذي يُنهك الجسد ويزيد اضطراب الشوارد.

تواصلت المراقبة الدقيقة : **قياس متكرر لإنزيمات الكبد وINR، رصد للوعي تحسّبًا لاعتلال دماغي كبدي إن بدأ الفشل، ومتابعة السكر لأن الكبد المرهق قد يعجز عن تنظيمه.** أُبلغ فريق **الأمراض النفسية** منذ اللحظة الأولى؛ فالعلاج هنا لا يكتمل بإنقاذ الكبد وحده، بل بإنقاذ ما دفع الشاب إلى هذه الحافة.

مرّت الساعات ثقيلة. إنزيمات الكبد ارتفعت، كما كان متوقعًا، ثم بدأت بالاستقرار مع استمرار تسريب **NAC**.

لم يصل المريض إلى مرحلة الفشل الكامل، لكن الرسالة كانت واضحة : خطوة واحدة إضافية، وتأخير واحد، كانا كفيلين بتغيير النهاية. مع تحسّن الغثيان وعودة الشهية ببطء، بدأ الوعي يصفو ، و هنا تأكدنا بأننا انتصرنا في معركتنا مع الموت و نجا الشاب ، لا طبيًا فقط، بل إنسانيًا. في حين جلس الوالدان قرب السرير، صامتين، يكتشفان أن الإكراه و الضغط الظالم قد يدفع إلى الصمت الأبدي ..

تسمم الباراسيتامول يُعلّمنا أن أخطر السموم هي تلك التي نعتقد أنها آمنة. قرصٌ صغير يتكرر أربعين مرة، يتحوّل إلى امتحان للكبد، وللزمن، وللعلاقات الإنسانية. في هذه الليلة، أنقذ **NAC** خلايا كبدٍ شابة، لكن إنقاذ الروح كان يحتاج شيئًا آخر : اعترافًا بأن للحلم أشكالًا متعددة، وأن العلم قد يكون خشبة مسرحٍ أخرى، لا تصفيق فيها، لكن فيها معنى. ذكرني ذلك الشاب بالفيلسوف الإغريقي

**سقراط** الذي أجبر على شرب السم و الانتحار بسبب حبه للعلم و المعرفة و تصويب الأخطاء السائدة في المجتمع و التي يرفض البشر أن يتخلوا عنها من مبدأ الراحة النفسية و عشق الروتين و المتوارث كي لا يضطروا لاستخدام عقولهم ، **فالتجديد كان للأسف عبر التاريخ عدو البشر الأول** ، و كل من يتبع عقله و يرفض الانصياع للسائد كالقطيع بدون سؤال يضيّق عليه حتى يدفع إلى إنهاء حياته ، كما حدث مع صديقنا الشاب .

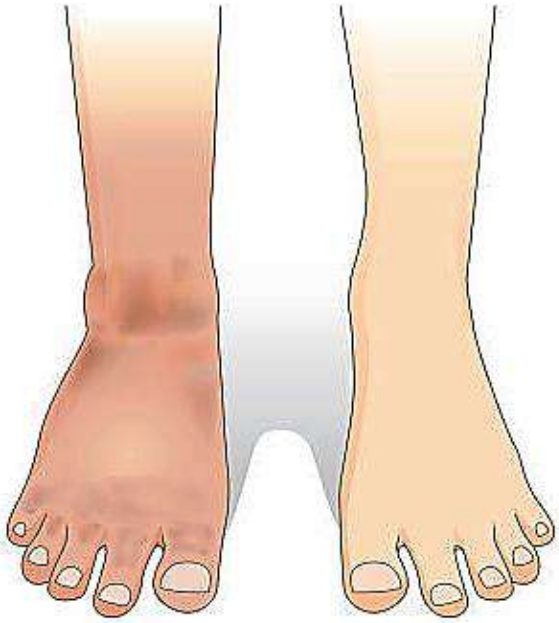
وصلت الشابة العشرينية إلى قسم الطوارئ تمشي على قدم واحدة متكئة على والدها ، مع هدوء غريب على وجهها لم نعتده في مرضى القبول الإسعافي ، كأنها تُمسك نفسها بإرادتها أكثر مما يُمسكها جسدها. كانت قد لُدغت قبل ساعة تقريبًا في قريتها النائية، أفعى سوداء خرجت من بين الحجارة عند الغروب، وغرست أنيابها في أسفل ساقها ثم اختفت كما ظهرت. لم تصرخ، هكذا قال والدها، بل تراجعت خطوة واحدة، وضغطت على موضع اللدغة، وطلبت أن تُنقل فورًا إلى المستشفى. حتى الآن، كان في عينيها شيء يشبه التماسك المتعمد، ذاك الذي يولد حين يعرف الإنسان أنه يواجه خطرًا حقيقيًا ولا يملك ترف الانهيار.

تدخل والدها سريعًا في تلك اللحظات الأولى في القرية ، لا بعشوائية الذعر، بل بحذر من يعرف أن الخطأ هنا قد يكون قاتلًا. **ثبّت ساقها ومنعها من المشي، وأجلسها أرضًا، رافعًا الطرف المصاب رفعًا خفيفًا دون ضغط. لم يشق الجرح، لم يحاول مصّ السم، ولم يربط رباطًا ضاغطًا يخنق الطرف**، رغم أن هذه الممارسات ما تزال شائعة في القرى وتُتناقل كمسلمات. كان يعلم أن شق الجلد لا يُخرج السم بل يفتح باب النزف والعدوى، وأن المصّ لا يسحب إلا الدم والجراثيم، وأن الرباط الضاغط قد يحوّل الطرف إلى ضحية إضافية بنقص التروية. اكتفى بتنظيف الموضع تنظيفًا سطحيًا، ومنع أي محاولات لوضع أعشاب أو مواد تقليدية، ثم أسرع بها إلى أقرب طريق يوصلهم إلى المشفى. تلك الدقائق، وما لم يُفعل فيها، كانت جزءًا من العلاج بقدر ما كان ما سيفعله

الطب لاحقًا.

في الإسعاف بدت الأعراض واضحة ومتدرجة.

**ألم شديد نابض** في موضع اللدغة، يشتد مع الوقت، يرافقه **تورم سريع واحمرار ممتد**، مع نقطتي ثقب واضحتين كعلامتي توقيع على جسد حي.

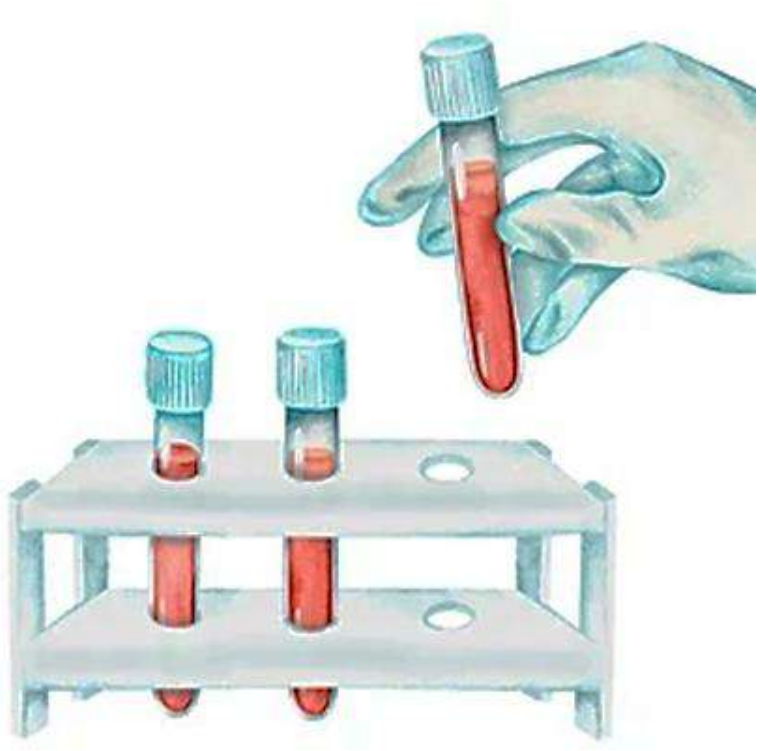


بدأت تشكو من **غثيان، دوار، وإحساس بثقل عام**، كأن التعب يسري في دمها لا في عضلاتها فقط. لم يكن هناك ضيق تنفس بعد، ولا نزف واضح، لكن القلق كان حاضرًا؛ فالسم لا يُرى، وتأثيره لا يكون فوريًا دائمًا. **العلامات الحيوية** أظهرت تسارعًا في النبض، ضغطًا مستقرًا نسبيًا، وحرارة طبيعية، لكن الجسد كان في حالة استنفار، كأنه ينتظر الضربة التالية.

**الفحص السريري** ركّز على ما لا يُرى بقدر ما ركّز على ما يُرى. الطرف المصاب متورم، مؤلم بشدة عند اللمس، لكن النبض الشرياني الطرفي ما يزال موجوداً ، ما يعني أن التروية لم تنقطع بعد. الفحص العصبي كان سليمًا، دون تدلٍّ أو ضعف، غير أن الشكوى من تنميل خفيف حول مكان اللدغة كانت مؤشرًا مبكرًا لتأثير السم على النهايات العصبية.

انتقلنا إلى وسائل التشخيص، لأن لدغة الأفعى ليست جرحًا موضعيًا فحسب، بل تهديدًا جهازيًا قد يسبب انحلال دم أو تخثر منتشر داخل الأوعية **DIC** أو شلل عصبي أو تنفسي أو انحلال عضلات أو فشل كلوي تبعاً لنوع السم .

**التحاليل الدموية** كانت ضرورية : **تعداد الدم الكامل** بحثًا عن اضطراب الصفائح، **اختبارات التخثر** لمراقبة زمن البروثرومبين وINR تحسبًا لسموم تؤثر على عوامل التخثر، **وظائف الكلى** لأن بعض السموم تُحدث أذية كلوية صامتة، و **إنزيمات العضلات** لرصد أي انحلال عضلي محتمل. جاءت النتائج الأولية مطمئنة جزئيًا، لكن مع ميل خفيف لاضطراب التخثر، علامة مبكرة لا يجوز تجاهلها. هذا النوع من السموم قد يبدأ موضعيًا، ثم يتحول إلى اضطراب نزفي أو عصبي خلال ساعات.



لم نحتج إلى تصوير متقدم في البداية؛ التشخيص هنا سريري مدعوم بالمخبر، والعدو معروف حتى وإن لم تُجلب الأفعى نفسها. كانت الصورة تكتمل بهدوء ثقيل : **تسمم بلدغة أفعى سامة** مع تطور أعراض موضعية وبدايات تأثير جهازي.

العلاج بدأ فورًا بالتوازي مع المخبريات السابقة ، لأن الانتظار في هذا السياق مقامرة.

**ثُبّت الطرف المصاب في وضعية مريحة دون رفع مفرط أو ضغط**، فالحركة العنيفة تُسرّع انتشار السم. أُعطيت **مسكنات وريدية** لتخفيف الألم دون التأثير على الوعي أو التنفس. ثم جاء التدخل الحاسم : **المصل المضاد لسم الأفاعي**، أُعطي عبر الوريد ببطء وتحت مراقبة دقيقة، لأن هذا العلاج نفسه قد يحمل خطر التحسس. كان الهدف واضحًا : تحييد السم قبل أن يكتمل انتشاره، قبل أن يُحوّل الدم إلى ساحة فوضى .

أُعطيت **سوائل وريدية** لدعم الدورة الدموية وحماية الكليتين، ورُوقبت العلامات الحيوية دقيقة بدقيقة. أُعيدت اختبارات التخثر بشكل متسلسل، لأن التحسن أو التدهور لا يُقاس بالكلمات بل بالأرقام. تم الاستعداد للتعامل مع أي تدهور تنفسي أو عصبي، **فبعض سموم الأفاعي لا تقتل بالجرح، بل بشلل العضلات التنفسية إن أُهملت.**

مرت الساعات ببطء محسوب. التورم توقف عن التمدد، الألم أصبح أكثر احتمالًا، ولم تظهر علامات نزف أو اضطراب عصبي. كانت المريضة واعية، متماسكة على نحو لافت، تجيب

بهدوء، وتراقب ما يجري حولها بعين ثابتة، كأنها شريكة في المعركة لا مجرد موضوع لها.

حين هدأت الحالة واستقرت، وجدت نفسي أفكر بها على نحو غريب. ذكّرتني المريضة - لا أعرف لماذا تمامًا - بالملكة الفرعونية كليوباترا ، تلك التي واجهت موتها بلدغة أفعى كما يُقال، لا بهلع بل بقرار. ربما لم تكن المقارنة في الحدث، بل في الهيئة : هذه الشابة، في ظرف طارئ وخطير، كانت تقف أمام احتمال الموت بشجاعة صامتة، دون صراخ، دون انهيار. في الطوارئ، نرى الألم كل يوم ، الصراخ و الهلع باستمرار ، لكن نادرًا ما نرى هذا النوع من القوة الهادئة، القوة التي لا تنكر الخطر، لكنها لا تسمح له أن يسلب الإنسان كرامته في اللحظة الأخيرة .

# قاطع طريق

وصلت المرأة الستينية إلى قسم الطوارئ متكئة على ذراع ابنها، لا تبدو كمن يصرخ من الألم بقدر ما تبدو كمن يُطارَد بشيء غير مرئي. لم يكن الألم الصدري حادًا أو ساحقًا كما تصفه القلوب حين تُحتشى، بل كان مبهمًا، خادعًا، يأتي كقبضة هواء بارد في منتصف الصدر، يترافق مع ضيق نفس واضح يجعل كل شهيق معركة قصيرة، وكل زفير تنازلًا صغيرًا عن الراحة. كانت تقول: **« لا أعرف ما بي... فقط لا أستطيع أن أتنفس كما يجب »**، وكأن اللغة نفسها تعجز عن تسمية ما يحدث داخل رئتيها.

بدأ كل شيء بشكل مفاجئ.

ضيق نفس حاد غير مبرر، ألم صدري غير نوعي يزداد مع التنفس العميق، تسارع في ضربات القلب، وشعور داخلي بالقلق لا يتناسب مع شدة الألم الظاهرة. لم يكن هناك سعال دموي، ولا حرارة، ولا قصة مرضية قلبية واضحة. لكنها بدت **شاحبة، تتنفس بسرعة، ويداها باردتان رغم دفء المكان.** **العلامات الحيوية** كشفت عن **تسرع تنفسي وتسرع قلب مع انخفاض متزايد**

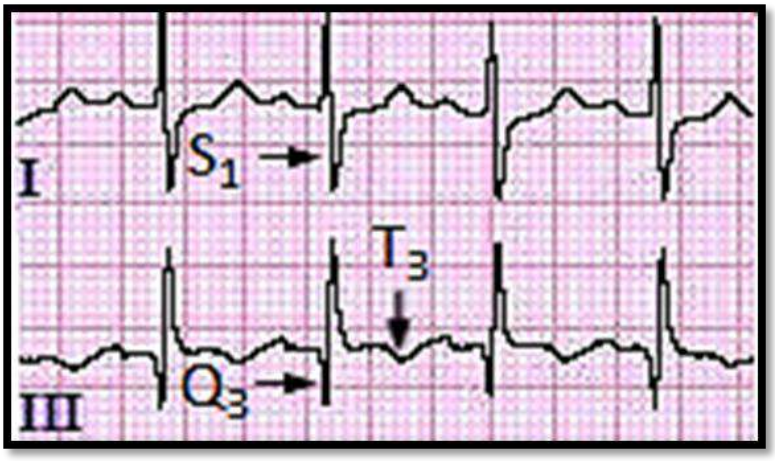
**في تشبع الأكسجين**، كأن الهواء يصل إلى داخل صدرها ولا يجد طريقه إلى الدم.

في **الفحص السريري**، كانت الرئتان صامتتين على نحو مريب؛ لا خراخر ولا صفير. القلب يسرع خطاه، لا لأنه مريض، بل لأنه يُدفَع إلى التعويض عن عائق خفي. بعض الأمراض الخطيرة لا تُعلن عن نفسها بالضجيج، بل تتخفى خلف قلة الموجودات.

بدأت رحلة الكشف، كما لو أننا نقرأ جسدًا يكتب اعترافه على مهل.

**تحاليل الدم** أظهرت **ارتفاعًا واضحًا في D-dimer**، شاهدًا على نشاط تخثري خرج عن السيطرة. **غازات الدم** كشفت عن نقص أكسجة مع قلاء تنفسي؛ رئتان تعملان بسرعة، لكن التبادل الغازي مختل لأن مناطق واسعة من الرئة باتت مُهوّاة بلا تروية دموية ، عدم تطابق تهوية / إرواء يخلق هواءً بلا فائدة.

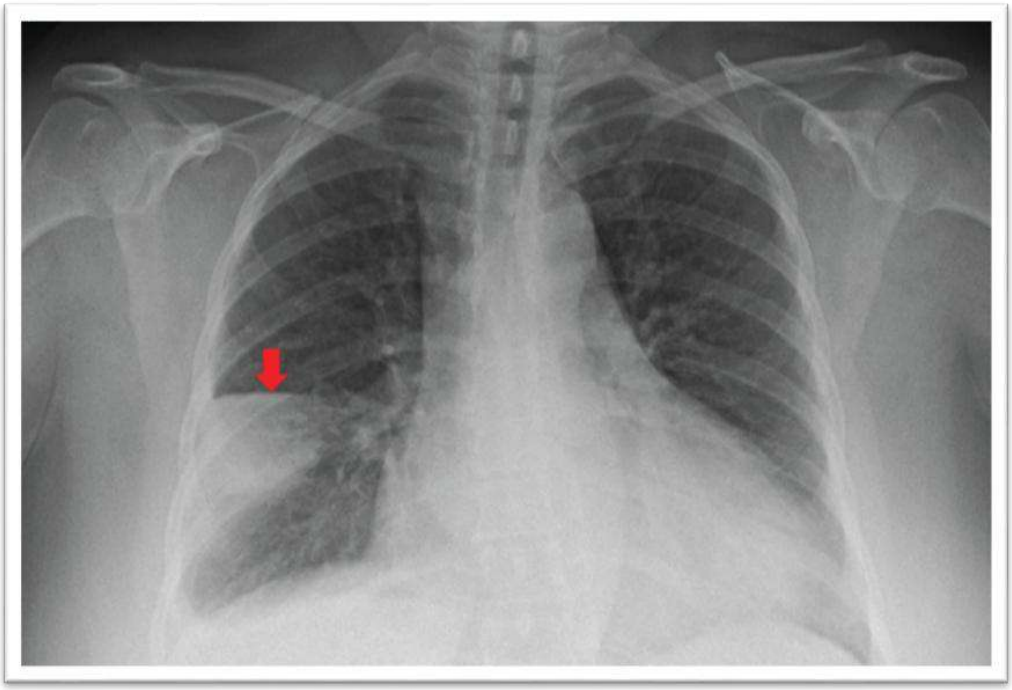
**تخطيط القلب** لم يظهر احتشاء قلب ، بل تسرعًا جيبيًا وتبدلاتٍ نوعية يعرفها الطبيب جيداً ،تلك التي تقول بفصاحة أن ثمة انسداد في شرايين الرئة .




ثم جاءت **صورة الصدر**، وكانت أكثر بلاغة مما توقعنا.

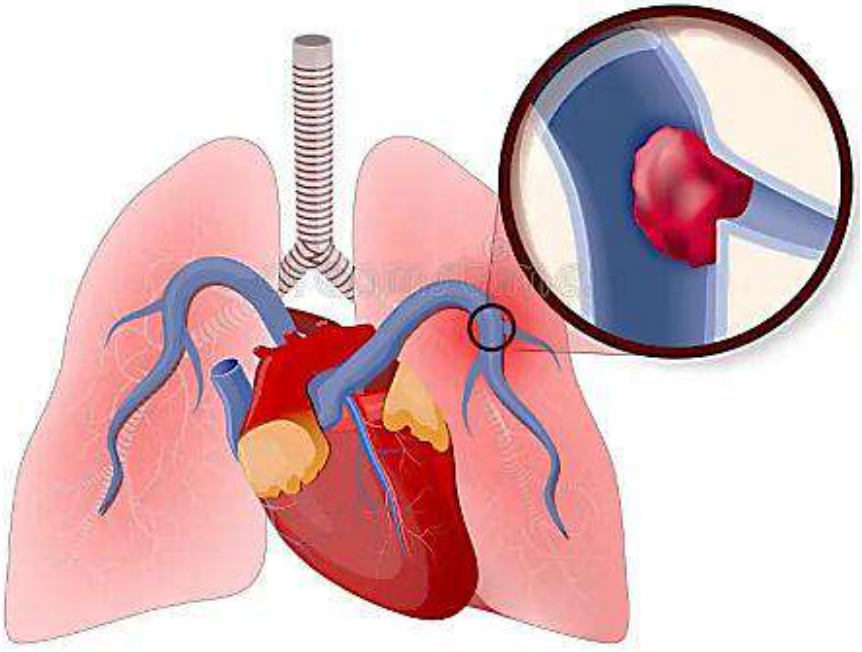
ظهر **احتشاء رئوي مثلثي الشكل**، قاعدته على جنب الرئة وقمته متجهة نحو سرّة الرئة ، ذلك المثلث الصامت الذي يوشم الرئة

حين يُحرم جزء منها من الدم. لم تكن مجرد صورة، بل شهادة تشريحية على أن الانسداد ترك أثره بالفعل.



**التصوير الطبقي المحوري للأوعية الرئوية** حسم الأمر. خثرة كبيرة تسد أحد الفروع الرئيسية للشريان الرئوي.

التشخيص النهائي : **صمة رئوية ضخمة.**



على حين غرّة ، بدأت الفيزيولوجيا بالانهيار على نحو متسلسل

وقاسٍ : **ارتفاع مفاجئ في المقاومة الوعائية الرئوية** جعل البطين الأيمن للقلب يواجه جدارًا لم يُخلق لعبوره. تمدد البطين الأيمن سريعًا، تراجع انقباضه، ودُفِع الحاجز بين البطينين نحو اليسار، فاختنق الامتلاء البطيني الأيسر. النتيجة كانت واضحة : **انخفاض حاد في النتاج القلبي.**

مع هبوط النتاج، تهاوى الضغط الشرياني. نقص التروية زاد من الحماض اللبني، والحماض بدوره أضعف تقلص العضلة القلبية أكثر. نقص الأكسجة ازداد لأن الدم لم يعد يصل إلى الحويصلات الرئوية ، ولأن القلب لم يعد قادرًا على ضخه بفعالية. دائرة مفرغة أغلقت على نفسها :

( انسداد شريان رئوي - فشل بطين أيمن – نقص نتاج قلبي - هبوط ضغط - نقص تروية - حماض - فشل قلبي أشد )

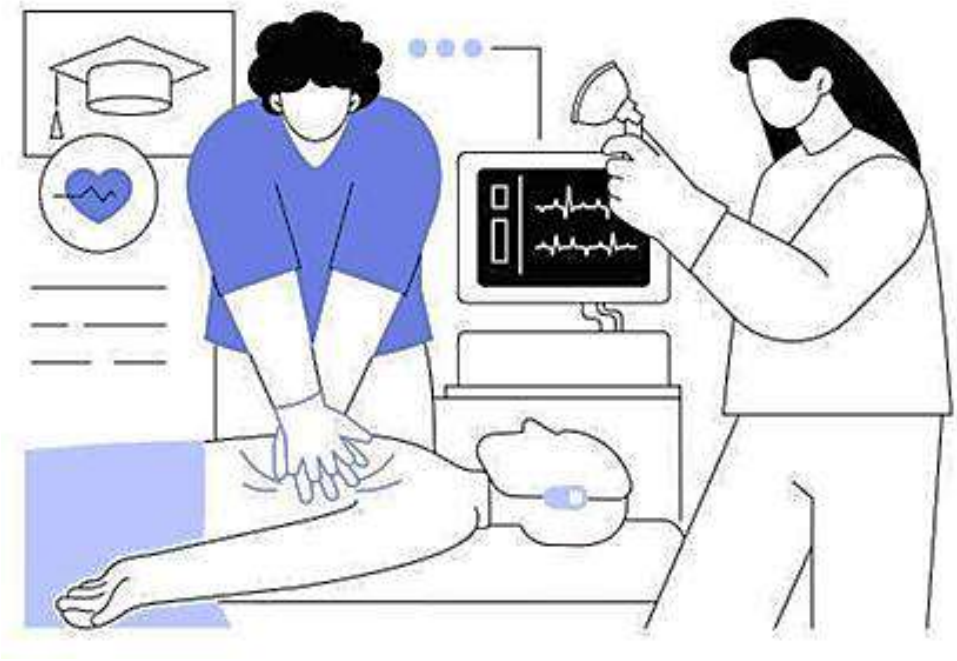
بدأت الصدمة الدورانية تُمسك بالجسد من أطرافه : **برودة، تعرق، تشوش، ثم انهيار.**

العلاج أصبح سباقًا أخيرًا مع السلسلة نفسها.

أُعطي **الأكسجين** بأقصى ما يمكن، ودُعمت الدورة الدموية **بالأدوية الرافعة للضغط** لمحاولة إبقاء التروية. لكن الخثرة كانت أكبر من كل محاولات التلطيف. لم يعد مميع الدم **الهيبارين** كافيًا. هنا، حين يصبح الزمن عدوًا مباشرًا، لا بد من القرار الأصعب : **العلاج الحالّ للخثرة.**

أُعطي الدواء الذي يذيب الجلطات، رهانًا على تفكيك السدّ قبل أن ينهار الجسر بالكامل. لحظات انتظار ثقيلة؛ تحسّن عابر في الأرقام، ثم عودة الانحدار بشكل مفاجئ . البطين الأيمن، وقد أُنهك بالضغط، لم يستعد عافيته في الوقت المناسب. تدهور النظم، انخفض الضغط أكثر، وانتهى المشهد إلى **توقف كهربائي بلا نبض؛ قلب له إشارة، بلا قوة.**

بدأ **الإنعاش القلبي الرئوي**.



تمسيد ، أدوية، أنفاس تُعطى بدلًا عنها. لكن الفيزيولوجيا كانت قد قالت كلمتها. حين يُغلق الطريق بين القلب والرئة، لا يكفي أن نُجيد الضخ؛ لا بد أن يُفتح الطريق. ولم يُفتح.

توقف كل شيء.

سُجِّل وقت الوفاة، وبقيت الغرفة ساكنة بعد عاصفة حركة.

لم تمت المريضة لأنها لم تتنفس، بل لأنها لم تستطع أن تُكمِل الدورة المقدسة بين الهواء و الدماء . الحياة، في جوهرها، ليست سوى انسياب : **دم يعبر، هواء يصل، معنى يتدفق.** الصمة الرئوية تُذكّرنا بأن الموت قد يأتي أحياناً كقاطع طريق مسلح، كحجر صغير يُلقى في مجرى النهر، فيُبطئه، ثم يوقفه، ثم يجعل الماء يرتد على نفسه.

ماتت، وبقي درسها معلّقًا في الطوارئ : أن أخطر ما في الجسد — وفي الحياة — ليس ما ينكسر بصوتٍ عالٍ، بل ما ينسد بصمت ... حتى يتوقف كل شيء فجأة قبل أن تدركه و تعالجه .

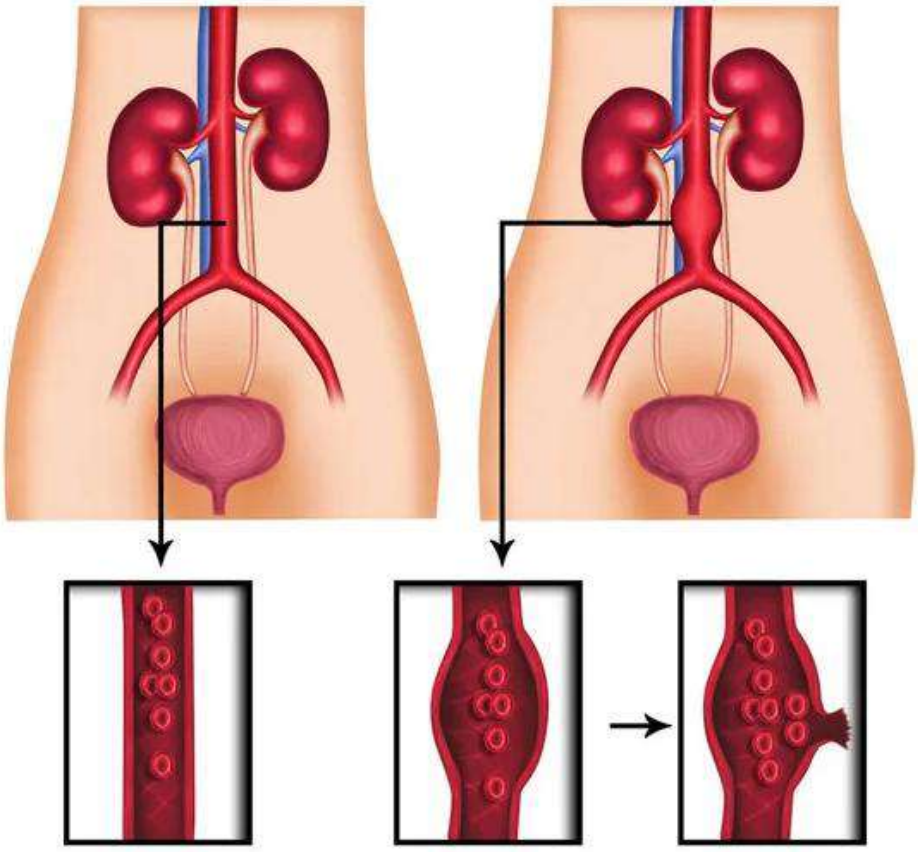
أم الدم
تفجر

أُدخل الرجل الثمانيني إلى قسم الطوارئ محمولًا على ذراعي ابنه، لا كمن يتألم فحسب، بل كمن يُسحَب فجأة خارج وعيه. كان الألم البطني قد هجم عليه دون إنذار، ألمٌ شديد ، كاسح، لا يشبه مغصًا ولا التهابًا، بل يشبه تمزقًا داخليًا لا يجد له الجسد اسمًا. وجهه شاحب إلى حد الرماد، عيناه زائغتان، وكلماته متقطعة، كأن الوعي نفسه يتفلت منه مع كل ثانية تمر.

بدأت القصة في المنزل، حين انحنى الرجل فجأة وهو يمسك بطنه، وقال بصوت واهن إن شيئًا ما قد انكسر في داخله. **لم يكن الألم موضّعًا بوضوح، بل عميقًا، ساحقًا، يمتد إلى الظهر وأسفل الخاصرتين. تلاه بسرعة دوار شديد، تعرّق بارد، وغشاوة في الوعي.** عند وصوله إلى قسم الطوارئ، كانت العلامات الحيوية تنذر بالخطر : **هبوط ضغط شديد، تسرع قلب تعويضي، وبرودة أطراف،** علامات **صدمة نزفية** تتشكّل أمام أعيننا. **البطن متوتر، مؤلم بالجس، ومع أول لمسة خبيرة برز إحساس بكتلة نابضة لا تخطئها اليد.**

في تلك اللحظة، لم يعد الوقت ترفًا تشخيصيًا.

الفحص السريري وحده كان كافيًا ليُشعل الشك الأكبر: **تمزق أم دم أبهر بطني**. أم الدم التي هي توسع موضعي في جدار الشريان الابهر . ومنذ تلك الثانية، بدأ السباق الحقيقي مع الزمن. لم تُجرَ الإجراءات تباعًا، بل بالتوازي؛ لأن الانتظار هنا قد يعني الموت.



بينما كان فريق التمريض يضع الخطوط الوريدية الواسعة، ويؤمّن الطريق الهوائي، أُرسلت **التحاليل المخبرية** فورًا : **عدّ دم كامل، غازات دم، كيمياء، تخثر، وتوافق دم للنقل العاجل.** لم نكن ننتظر أرقامها كي نقرر، بل كي نُرافق القرار الذي اتُّخذ سريريًا. وكما هو متوقع في النزف الحاد، لم يكن الهيموغلوبين منخفضًا بما يعكس حجم الكارثة بعد، لأن الدم لا يُظهر خسارته فورًا، لكن **الحماض اللبني** في غازات الدم كان يصرخ بنقص التروية، و **الكرياتينين** بدأ بالارتفاع كإنذار مبكر لانهيار الدوران.

في الوقت نفسه، ودون تأخير، أُجري **تصوير بالأمواج فوق الصوتية السريرية (FAST)** على السرير ذاته. أظهر توسعًا

واضحًا في الأبهر البطني مع وجود سائل حر خلف الصفاق، دم لا يحتاج إلى اسم. لم يكن هذا التصوير بحثًا عن التشخيص، بل تأكيدًا لما قاله الجسد بالفعل. ولأن المريض كان في صدمة نزفية شديدة ، لم يكن هنالك مجال لإرساله إلى **التصوير الطبقي المحوري مع الحقن**، و الذي يعتبر الخيار التشخيصي الأدق ، حيث يظهر عادةً

**أم دم الأبهر بالطني متفجرة، مع تمزق واسع في جدار الأبهر، ونزف غزير يملأ الحيز خلف الصفاق.**

لم يكن التشخيص نهاية البحث، بل بداية العدّ التنازلي.

تحوّل الطوارئ إلى ممر مباشر نحو **غرفة العمليات**. فيما استمرت السوائل والدم بالوصول إليه على الطريق ..

أجري **الإنعاش الدوراني** بحذر شديد، إنعاش مقيَّد لا يرفع الضغط أكثر مما يجب، كي لا يزيد النزف و لا أقل فيزيد نقص التروية . **نُقلت وحدات الدم** تباعًا، كريات حمراء وبلازما، في محاولة لتعويض ما يُفقد كل دقيقة. كان كل إجراء يُنفذ وهو يتحرك، لأن الوقوف هنا ترف قاتل.

في غرفة العمليات، انكشف العدو دون أقنعة.

الأبهر، ذلك الوعاء الذي حمل نبضه لعقود، كان قد انهار من الداخل. أم الدم، التي تمددت بصمت عبر السنين، انفجرت في لحظة واحدة. حاول الجراحون السيطرة على النزف، إغلاق التمزق، إعادة توجيه الدم عبر رقعة أو دعامة. لكن النزف كان أوسع من السيطرة، والوقت أضيق من الإصلاح.

الجسد دخل في **صدمة نزفية غير قابلة للعكس**.

رغم نقل الدم، رغم الجراحة، رغم كل ما يمكن فعله، اكتملت **ثلاثية الموت الجراحي** : **حماض شديد، انخفاض حرارة، واعتلال تخثر**. القلب الذي صمد ثمانين عامًا لم يعد قادرًا على مجاراة النزف. توقفت المحاولات حين أصبح الاستمرار مجرد إطالة للحظة النهاية.

أُعلنت الوفاة على طاولة العمليات.

لم تكن هذه القصة عن وعاء دموي تمزق فحسب، بل عن الهشاشة التي نعيش فوقها دون أن نراها.

أم الدم لا تولد في لحظة الانفجار؛ إنها تتشكل ببطء، تتسع في صمت، وتُقنع صاحبها بأن كل شيء على ما يرام... حتى لا يعود كذلك. هكذا تفعل الحياة أحيانًا : **تمنحنا سنوات من الاعتياد، ثم تسحب الأساس من تحتنا في ثانية واحدة .**

# مجید بشری

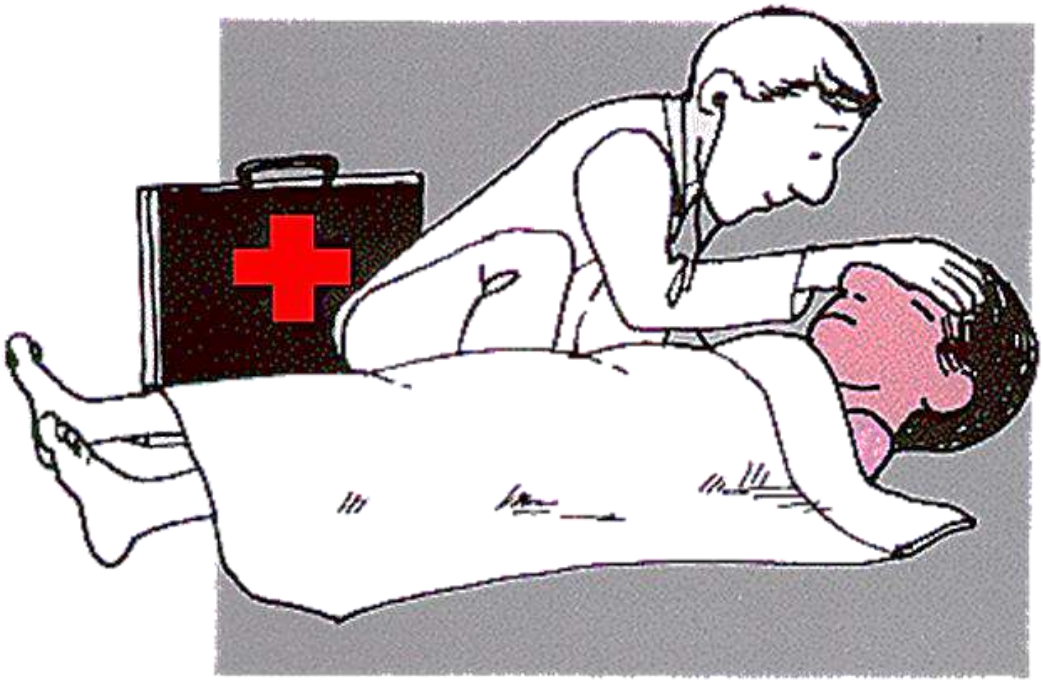
أحضره والده إلى قسم الطوارئ مع غروب الشمس، و الطفل ما يزال يحمل على ثيابه أثر اللعب : غبارٌ عالق عند الركبتين، وبقايا أوراق خضراء في جيبه. كان في العاشرة من عمره ، خرج ظهراً ليلعب في بستان قريب،. لم يسقط، لم يُلدغ، ولم يُصب. لكن شيئًا غير مرئي بدأ يعمل فيه ببطء، كسمٍّ يتسلل دون أن يُرى.

بدأت الشكايات غريبة ومربكة.

**غثيان مفاجئ تبعه إقياء، ثم مغص بطني وإسهال مائي**. بعد ذلك جاء ما لا يُفسَّر بسهولة : **تعرّق غزير رغم اعتدال الجو، سيلان لعاب كثيف، وضباب في الرؤية** جعله يقرّب الأشياء من عينيه ثم يبعدها بلا فائدة. اشتكى من **صداع ضاغط، ومن ثقل في الصدر وصعوبة في التنفس**، لا ألمًا بل عجزًا عن أخذ نفسٍ مريح. ومع مرور الوقت، ظهرت **رجفة دقيقة في الأطراف وضعف عام** جعله يتكئ على والده.

في الطوارئ، بدت **العلامات الحيوية** متناقضة كما لو أن الجسد فقد بوصلته : **بطء نسبي في القلب، ضغط يميل للانخفاض، وتسرع تنفسي. الجلد بارد رطب، والحدقتان متضيقتان بشكل لافت**. كانت

الإفرازات حاضرة بكثرة، والقصبات تصدر صفيرًا خفيفًا مع كل زفير. لم تكن هناك حرارة، ولا قصة دواء، ولا مرض سابق. لكن رائحة كيميائية خفيفة كانت تسبق خطواته، رائحة لا تُرى، لكنها تقول الكثير.



لم يكن التشخيص هنا كلمة تُقال، بل قصة تُجمع.

سؤال المكان سبق سؤال الألم. « **يلعب في البستان** »، قال الأب ، ثم أردف « **رُشّت الأشجار قبل أيام بمبيد حشري للوقاية** ».

عندها بدأت القطع تتشابك.

أُرسلت **التحاليل المخبرية** فورًا وبالتوازي مع التقييم السريري :

**غازات الدم** أظهرت ميلًا إلى الحماض التنفسي نتيجة تشنج القصبات وضعف التهوية. **الشوارد** أظهرت اضطرابًا خفيفًا بسبب الإسهال والتعرق. لكن الشاهد الأوضح جاء لاحقًا من **انخفاض نشاط أنزيم كولين إستراز في الدم**، ذلك الإنزيم الذي يُنهي الإشارة العصبية حين يحين وقت الصمت فيفكك الوسائط العصبية. حين يُشلّ، تبقى الإشارات مفتوحة بلا انقطاع و الوسائط تؤثر باستمرار.

**الصورة السريرية** كانت تتكلم بوضوح : **تضيّق حدقات، إفرازات غزيرة، تشنج قصبي، رجفان عضلي، واضطراب هضمي شديد.**
لم تكن هذه أعراضًا متفرقة، بل نتيجة آلية واحدة : **تراكم الأستيل كولين في المشابك العصبية بسبب تسمم بمبيدات فوسفاتية عضوية**. الجسد كان عالقًا في حالة استثارة قصوى، كما لو أن دواسة الوقود ضُغطت بلا مكابح.

العلاج هنا ليس انتظار التحاليل، بل قطع السلسلة فورًا.

**أُزيلت ثيابه وغُسل جلده جيدًا، لأن السم لا يكتفي بما ابتُلِع، بل يعبر الجلد أيضًا.** أُعطي **الأكسجين** لدعم التنفس المختنق بتشنج القصبات. ثم جاء الدواء الذي يفهم لغة السم : **الأتروبين**، الذي يعاكس عمل الأستيل كولين بجرعات متكررة تُعايَر سريريًا حتى تجف الإفرازات ويهدأ الصفير ويستقر النفس. ومعه أُعطي **البراليدوكسيم**، في محاولة لإحياء إنزيم الكولين إستراز من جديد قبل أن يترسخ الشلل.

كان التحسن تدريجيًا، كما يعود الضوء ببطء بعد انقطاع طويل.

خفّ التعرق، تراجع الإسهال، اتسعت الحدقتان قليلًا، وهدأ التنفس. الرجفة خفّت، وصار صوته أوضح. لم تكن عودة مفاجئة، بل استعادة توازن، كأن الجسد يتعلّم من جديد متى يرسل الإشارة ومتى يطفئها.

أُدخل المراهق إلى المراقبة لساعات، وتحت المتابعة الدقيقة استعاد وعيه كاملًا. نظر إلى والده نظرة مختلفة، نظرة من لمس خطرًا لم يفهمه، لكنه أدرك ثقله.

خرج من المشفى حيًّا، بملامح صبيٍّ نجا، لكن بتجربة رجلٍ مبكّر.

تُسمّى هذه المواد مبيدات حشرية لأنها صُمّمت لقتل ما نراه ضارًا في الحقول. لكنها لا تفرّق دائمًا. **الكيمياء لا تعرف النوايا**؛ إن أهملنا الحذر، تحوّل ما يحمي النبات إلى ما يُهدد الإنسان.

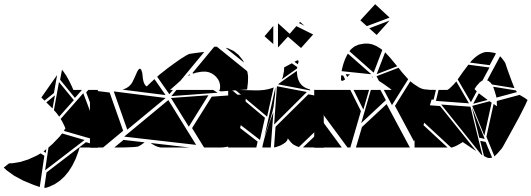
في ذلك اليوم، لم يكن اللعب خطأ، ولا البستان عدوًا.

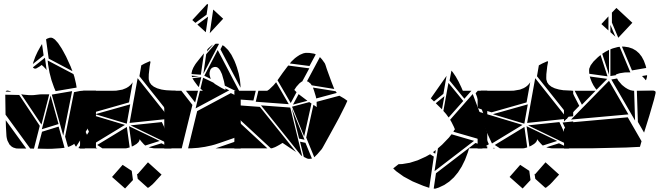
العدو كان الوهم : وهم الأمان.

وهكذا تبقى القصة شاهدًا صامتًا على حقيقة بسيطة وقاسية :

أن **المبيدات الحشرية** قد تصبح **مبيدات بشرية** ..

حين ننسى أن الحذر ... جزء من العلاج.


مختصر


غير مفيد

وصلت الشابة الثلاثينية إلى قسم الطوارئ لا على قدميها، بل محمولة على نقالة، وجسدها يتحرك بحركات غير منتظمة كأن القلب في صدرها فقد لغته القديمة وبدأ يتكلم بلهجة عنيفة لا يفهمها الجسد. كانت قد سقطت فجأة في المنزل، بلا إنذار، بعد خفقان خاطف شعرت به كجناح طائر محبوس، ثم انطفأ كل شيء. عند وصولها، كان الوعي غائبًا، والوجه شاحبًا، والنبض سريعًا إلى حدٍّ لا يُعدّ.

لم تسبق الانهيار قصة ألم صدري ولا ضيق نفس طويل. كل ما ذكره المرافقون كان **إحساسًا متكررًا بالخفقان في الأشهر الماضية، يأتي ويذهب، يُخيفها للحظات ثم يتركها**. في تلك الليلة، لم يتركها.

في الطوارئ، أظهر جهاز المراقبة **تسرعًا بطينيًا واسع المركبات**، نظمًا خطيرًا يجعل القلب يضخ بسرعة بلا فعالية، كأن عضلة القلب تركض في مكانها. **الضغط الشرياني كان غير مقاس، النبض خيطي، والتروية الدماغية تتراجع**. قبل أن يُتخذ القرار التالي، انقلب الخط على الشاشة إلى فوضى كاملة : **رجفان بطيني**، كهرباء بلا نبض، حياة على حافة الانطفاء.

لم يكن هناك وقت للتفكير النظري.

بدأ **الإنعاش القلبي الرئوي** فورًا، ضغطات منتظمة تحاول أن تعوّض ما عجز عنه القلب.

كانت اليدان تضغطان منتصف الصدر، بقوة كافية لخفض عظم القص عدة سنتيمترات، وبإيقاع ثابت، لأن الهدف لم يكن إعادة تشغيل القلب فورًا، بل الحفاظ على حدٍّ أدنى من جريان الدم نحو الدماغ والقلب نفسه. في تلك اللحظات، **لا يضخ القلب الدم، بل تضخه أيدي المسعفين، ميكانيكيًا، قسرًا، لمنع الدماغ من الغرق في العتمة.**

لم تكن الضغطات وحدها كافية؛ فالرئتان أيضًا كانتا بحاجة لمن يتنفس عنهما. **تم تأمين مجرى الهواء، وأُعطي الأوكسجين،** لأن الدم — حتى لو تحرك — لا قيمة له إن لم يكن محمّلًا بالحياة. كان الإنعاش هنا حوارًا صامتًا بين الصدر والرئتين : **نضغط لنحرّك الدم، ونُهوّي لنملأه بالأوكسجين.**

**صدمة كهربائية** أولى، ثم ثانية، لإعادة تنظيم الفوضى الكهربائية، لا لإيقاف القلب بل لإعطائه فرصة ليبدأ من جديد. لم تكن الصدمة عقابًا للقلب، بل محاولة لإسكات الضجيج الكهربائي العشوائي، كي

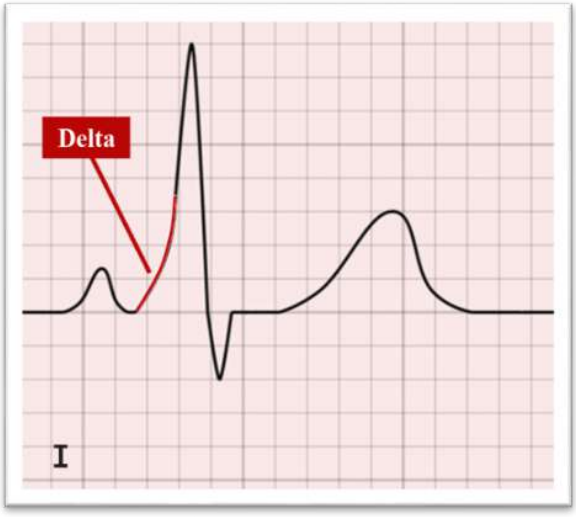
تعود الخلايا إلى الإصغاء لنقطة البداية الطبيعية. أُعطيت الأدوية وفق البروتوكول، **أدرينالين** لدعم الدوران، لا ليشغّل القلب بحد ذاته، بل ليشد الأوعية ويرفع الضغط، فيضمن أن ما يُضخ من دم يصل حيث يجب أن يصل، و**مضادات اضطراب النظم** في التوقيت الصحيح، لأن التوقيت في الإنعاش ليس تفصيلاً، بل فرقًا بين عودة النبض أو فقدانه إلى الأبد.

وبين صدمة وأخرى، عاد الخط إلى الانتظام.

ظهر **نظم جيبي طبيعي لكن متسارع**، ثم تباطأ قليلًا. عاد النبض، وبدأ الضغط بالظهور على الشاشة. بعد دقائق بدت دهورًا، فتحت عينيها، نظرت حولها بذهول من عاد من مكان لا ذاكرة له. استعاد الدماغ أكسجته، واستعاد القلب إيقاعه... مؤقتًا.

بعد استقرارها، بدأ البحث عن السبب، لأن الرجفان البطيني لا يأتي من فراغ.

أُجري **تخطيط قلب فوري**، وكان هو المفتاح. لم يكن تخطيطًا طبيعيًا تمامًا؛ كان هناك **موجة دلتا واضحة**، بداية بطيئة للمركب QRS، وفاصل PR قصير. لم يكن هذا تفصيلاً تقنيًا، بل دليلًا على **طريق كهربائي إضافي**، مسار شاذ مختصر يسمح للنبضة بأن تتجاوز العقدة الأذينية البطينية وتدخل البطينين بلا فلترة.



هنا اكتمل التشخيص و الفهم للحالة :

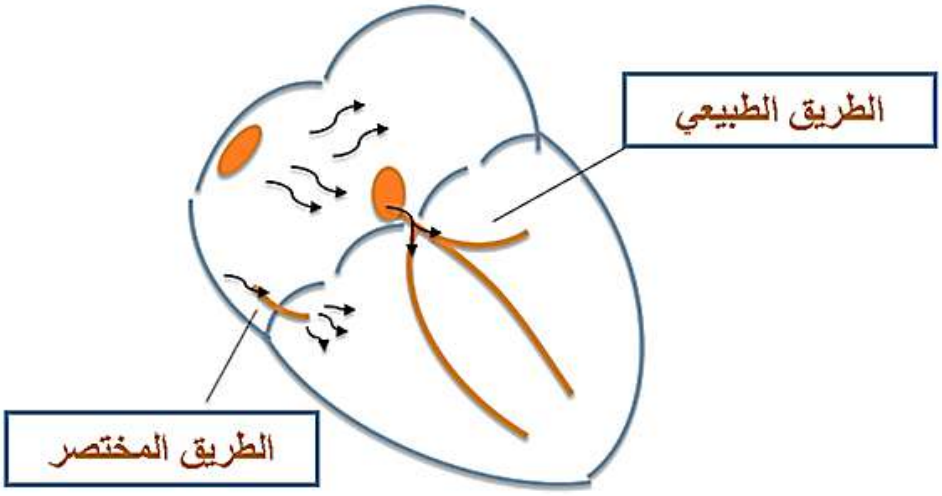
**متلازمة وولف – باركنسون – وايت ( WPW ).**

هذا المسار الإضافي، الذي يولد به بعض الناس دون أن يعلموا، يحوّل القلب إلى ساحة سباق بلا إشارات. في لحظة معينة، قد يسمح بانتقال نوبة تسرع فوق بطيني إلى البطينين بسرعة قاتلة، أو يدخل في حلقة إعادة دخول، تسرّع النظم، وتدفعه إلى الفوضى التي عانت منها المريضة.

**الفحوص المخبرية** كانت مطمئنة نسبيًا، لا احتشاء، لا اضطراب شوارد مفسِّر، ما أكد أن المشكلة كهربائية بنيوية وليست إقفارية أو استقلابية.

أُحيلت الشابة إلى القسم القلبي، حيث لم يعد الهدف إنقاذ اللحظة، بل منع تكرار الكارثة.

وُضعت على العلاج الدوائي المناسب لضبط النظم ومنع نوبات التسرع، مع مراقبة دقيقة. ثم جرى شرح التشخيص لها بهدوء :
**أن ما حدث ليس ضعفًا في القلب، بل طريقًا إضافيًا كان يجب ألا يكون هناك، وأن العلم قادر على إغلاقه.**




نوقشت خيارات العلاج الجذري، وأُدرجت ضمن خطة المتابعة

لإجراء دراسة كهربائية قلبية مع **الكيّ بالقسطرة للمسار الشاذ**، العلاج الذي لا يهدّئ الخطر فحسب، بل يلغيه من جذوره.

بعد أيام، خرجت من المشفى تمشي وحدها، بقلب ينبض بإيقاع طبيعي، وبوعي جديد. كانت تعلم الآن أن الخفقان الذي تجاهلته لم يكن قلقًا عابرًا، بل إنذارًا صامتًا.

في تلك الليلة، لم تكن المشكلة في سرعة القلب، بل في الطريق الخاطئ الذي سلكته الكهرباء .. طريق مختصر لكن غير مفيد .

وهكذا هي الحياة أحيانًا : لا ننهار لأننا نركض بسرعة، بل لأننا نأخذ مسارًا إضافيًا لا ينبغي أن يكون موجودًا. **بعض الطرق تختصر الزمن ... لكنها تختصر الحياة أيضًا.**

نجت الشابة، لأن الفوضى أُعيد تنظيمها في الوقت المناسب.

وبقي الدرس واضحًا في صمت غرفة الطوارئ :

أن الإنعاش القلبي الرئوي ليس مجرد ضغطات وصدمات ..

بل محاولة يائسة ومنظمة في آن واحد لاستعادة إنسان من الموت ..

وأن القلب، مثل الإنسان، قد يولد وفي داخله مسار زائد ..

وأن **الشفاء الحقيقي لا يكون دائمًا بإبطاء الإيقاع ...**

**بل بإغلاق الطريق الخاطئ.**

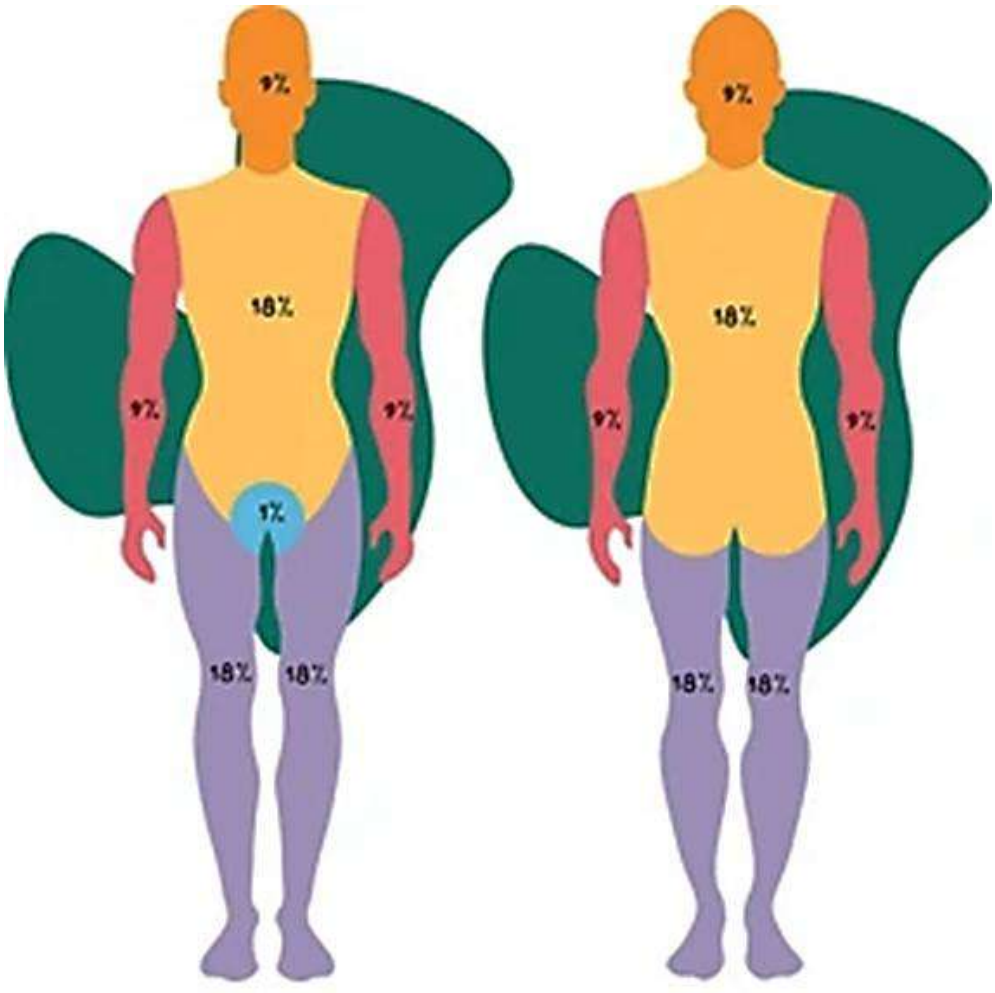
# یا نار کونی
# برداً و سلاماً

اندفعت المراهقة ذات الأربعة عشر عامًا إلى قسم الطوارئ محمولةً بين ذراعي والدها، لا لأن جسدها كان خفيفًا، بل لأن الألم أثقله حتى عجز عن الوقوف. كانت رائحة الجلد المحترق تمتزج ببخار ماءٍ لم يبرد بعد في ذاكرته. قبل دقائق فقط، انقلب إناء الماء المغلي في المطبخ، لا كحادثة يومية عابرة، بل كحدث أعاد تعريف جسدها وحدودها . كان الأب، رجلًا مثقفًا، قد تصرّف بهدوء نادر في الفوضى؛ **أبعد مصدر الحرق فورًا، نزع الملابس المبتلة دون تمزيق الجلد، غطّى المناطق المصابة بضمادات نظيفة وجافة،** ولم يقع في فخ الممارسات الشائعة الخاطئة : **لم يُغرق الجلد بماءٍ شديد البرودة يفاقم أذية الأنسجة، ولم يُفجّر الفقاعات المتشكّلة، مدركًا أن تلك الفقاعات ليست عدوًا بل درعًا هشًّا يحمي ما تحته من عدوى مبكرة.** ثم حمل ابنته، كما يُحمل الجرح نفسه، وجاء مسرعًا.

في الطوارئ، كان الصراخ قد خفت، لا لأن الألم زال، بل لأن الجسد دخل مرحلة الصدمة الأولى. **الجلد كان محمرًا في أماكن، ومتقرّحًا في أخرى، تتدلّى فيه فقاعات شفافة كأنها شهود صامتة على ما غلى. الألم كان حارقًا، نابضًا،** لا يُقاس بمقياس رقمي، بل

بنظرة العين التي تبحث عن خلاص. **العلامات الحيوية** كشفت **تسارعًا في القلب، وتنفّسًا سطحيًا، وبداية انخفاض في الضغط؛** فالجلد ليس مجرد غلاف، بل عضو حيوي، وعندما يحترق، يفقد الجسد سوره الواقي، ويتسرّب السائل كما يتسرّب الزمن من بين الأصابع.

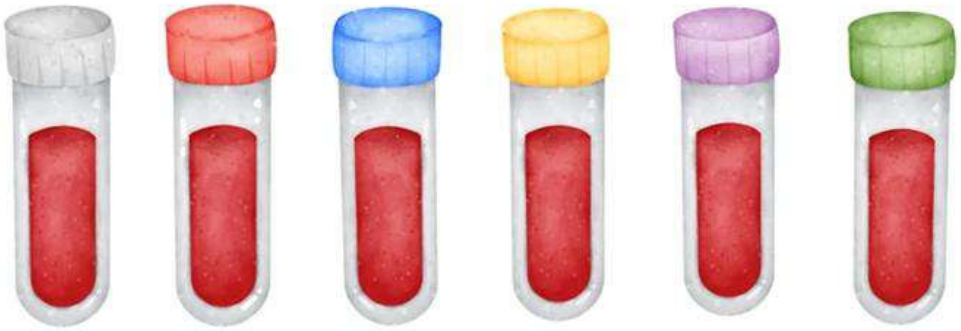
بدأ التقييم السريري **بتحديد مساحة الحروق**، لأن القرار العلاجي في الحروق لا يُبنى على المشهد وحده، بل على الحساب.
استُخدمت **قاعدة التسعات**، تلك القاعدة البسيطة التي تُقسّم الجسد إلى مناطق، لكل منها نسبة من سطح الجسم الكلي. الرأس والعنق 9٪، كل ذراع 9٪، الجذع 18٪، وكل طرف سفلي 18٪.




عند هذه المراهقة ، كانت الحروق تمتد على الذراع اليمنى كاملة تقريبًا، ونصف الجذع الأمامي، وأجزاء من الفخذ الأيمن. بعد

الجمع، بلغت نسبة الحروق قرابة 27٪ من مساحة سطح الجسم، معظمها حروق من الدرجة الثانية العميقة، مع مناطق مشتبهة بعمق أكبر. هذه النسبة لم تكن رقمًا جامدًا، بل إنذارًا بأن الجسم على وشك أن يفقد توازنه المائي والدوري إن لم يُتدخل سريعًا.

أُخذت **عينات مخبرية** لتقييم **الشوارد، والهيموغلوبين، ووظائف الكلية**، لأن الحرق لا يقتصر على الجلد، بل يطلق عاصفة التهابية قد تُربك كل جهاز في الجسد. أُجري **تقييم للتتانوس**، وأُعطي اللقاح الوقائي، لأن الجلد المفتوح بوابة قديمة لأعداء قدماء.

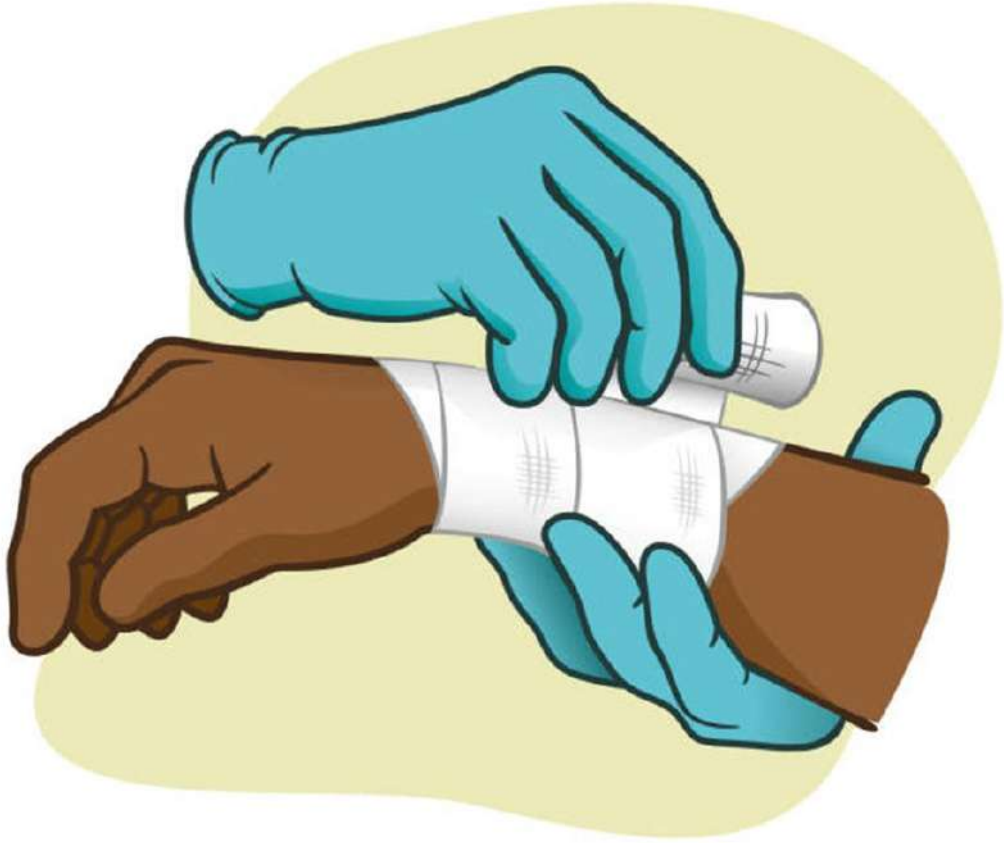


بالتوازي مع الفحص، بدأت الإجراءات. أُمن خط وريدي واسع، لأن **السوائل** هنا ليست ترفًا بل حياة. استُخدمت **معادلة باركلاند** لتقدير الإنعاش السوائلي : **أربعة ملليلترات من المحلول البلوري لكل كيلوغرام من وزن الجسم مضروبة بنسبة الحرق، يُعطى نصفها في الساعات الثماني الأولى.** لم تكن الأرقام تُذكر له، لكنها كانت تُضخ في وريدها لتعيد ملء ما يتسرّب من أوعيتها المتوسّعة، ولتمنع الصدمة الحجمية التي تتربّص بضحايا الحروق الكبيرة.

أُعطي **المسكن الوريدي** بحذر، لأن الألم في الحروق شديد، لكن الإفراط في التسكين قد يثبط التنفّس. هنا كان التوازن ضرورة أخلاقية قبل أن يكون طبية

في **العناية الموضعية**، **لم تُفتح الفقاعات عشوائيًا، بل نُظّفت المناطق بحذر، واستُخدمت مراهم مضادة للجراثيم، وضمادات**

**حديثة تحافظ على الرطوبة المناسبة للشفاء**، لأن الجلد يحترق مرة واحدة، لكن يُشفى على مراحل. لم يكن الهدف فقط منع العدوى، بل دعم إعادة تشكّل النسيج، ذلك العمل البطيء الذي يشبه ترميم ذاكرة الجسد.



نُقلت المراهقة إلى **وحدة الحروق** للمراقبة اللصيقة. هناك، لم يكن العلاج مجرد إجراءات، بل انتظارًا واعيًا لأي تغيّر : **زيادة الألم قد تعني انضغاطًا، نقص البول قد ينذر بفشل كلوي، ارتفاع الحرارة قد يكون بداية عدوى**. كان الجسد تحت مجهر الزمن، وكل ساعة تمر إما تقرّبه من الشفاء أو من تعقيد جديد.

في النهاية، وبينما كان الأب يجلس قرب السرير يراقب وجه ابنته التي تتحمل الألم و تواجه الحادثة بشجاعة و صبر و حكمة ، أدرك أن الثقافة التي حملها يومًا في الكتب أنقذت ابنته من أذى أكبر. لم يكن بطلاً خارقًا، بل أبًا عرف متى لا يفعل شيئًا خاطئًا. وفي جسد

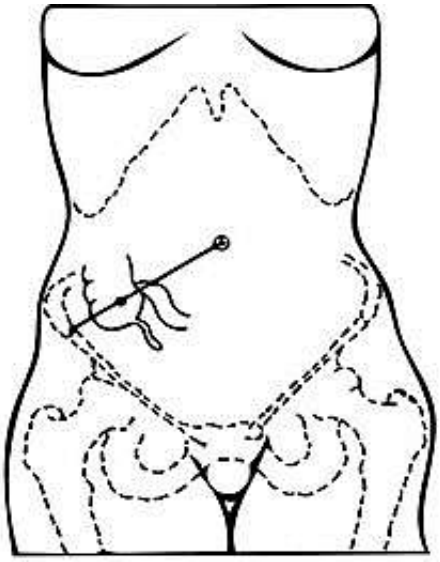
المراهقة ، الذي بدأ يلتئم ببطء، كان درس صامت يُكتب : أن العلم - حين يُستخدم في اللحظة الصحيحة - يمكنه أن يحدّ من أثر الكارثة، **وأن يحوّل الحرق من معاناة عبثية إلى برد و سلام بل و إشراق فلسفي نفسي و روحي .**

# صورة زائدة

دخل الزوجان إلى قسم الطوارئ معًا، لا لأن الألم واحد، بل لأن القلق كان مشتركًا. كان الرجل الستيني منحنِي الظهر، يضغط براحتيه على بطنه كما لو أنه يحاول أن يمنع شيئًا من الانفجار في داخله. الألم بدأ خافتًا منذ ساعات، ثم أخذ يتكاثف، يتمركز في أسفل البطن، ويشتد مع كل حركة، حتى صار المشي خيانة لجسده. زوجته كانت تمسك ذراعه بقوة، لا لتسنده فقط، بل كأنها تتشبث بفكرة بقائه.

في غرفة الفحص، كان **وجهه شاحبًا، جبينه متعرّقًا، ونبضه متسارعًا**. عند جس البطن، كان **الألم في البداية عامًا، ثم ما لبث أن انحصر بوضوح في الربع السفلي الأيمن**. وعندما ضغط الفاحص بإصبعه على **نقطة دقيقة تقع في منتصف المسافة بين السرة والشوك الحرقفي الأمامي العلوي الأيمن** **ثم سحب إصبعه فجأة** ، شهق الرجل فجأة وتشنّج جسده. كانت **علامة ماك بورني** واضحة وصريحة؛ تلك النقطة الصغيرة التي كثيرًا ما تفضح الزائدة الدودية حين تلتهب. لم يكن هذا ألمًا منتشرًا أو نفسي

المنشأ، بل ألمًا موضّعًا يعرف تشريحه جيدًا، ويشير بإصرار إلى عضو صغير كثير المتاعب.



**التحاليل المخبرية** أظهرت **ارتفاعًا في عدد الكريات البيض مع انحراف أيسر**، دليلًا على استجابة التهابية حادة. وجاء **التصوير بالأمواج فوق الصوتية، ثم الطبقي المحوري**، ليؤكدا الشك السريري : **زائدة دودية متضخمة، جدارها سميك، يحيط بها ارتشاح التهابي.**

هنا لم يعد التشخيص مجرد احتمال، بل حقيقة تتطلب قرارًا سريعًا، فالزائدة لا تحب الانتظار، وتأخيرها قد يحوّل الالتهاب المحدود إلى انثقاب يلوّث جوف البطن كله.

بينما كان الفريق يشرح الخطة الجراحية للرجل، كانت الزوجة تجلس قرب السرير، يداها متشابكتان، عيناها لا تفارقان وجهه. تحت وطأة هذا القلق الثقيل، وضعت يدها فجأة على جانبها الأيمن العلوي. في البداية ظن الجميع أن ما تشعر به انعكاس نفسي، توتر جسدي في لحظة خوف. لكنها شحبت، وانحنت قليلًا، وقالت بصوت متقطّع إن **ألمًا حادًا بدأ يشتعل تحت أضلاعها، يمتد صعودًا نحو الكتف الأيمن**، كأنه خيط نار يشدّها من الداخل.

لم يكن هذا الألم شبيهًا بألم زوجها. لم يكن في الأسفل، بل في المراق الأيمن، يزداد مع الشهيق العميق . **بالفحص السريري**، و **عند الضغط تحت الحافة الضلعية اليمنى أثناء الشهيق، توقفت عن التنفس لا إراديًا و صرخت. كانت علامة مورفي إيجابية بوضوح.**

**التحاليل المخبرية** أظهرت بدورها **ارتفاع مؤشرات الالتهاب، مع تبدلات خفيفة في إنزيمات الكبد**، كأن الجسد يضيف سطرًا آخر إلى القصة. **التصوير بالأمواج فوق الصوتية** كشف المشهد كاملًا : **مرارة متضخمة، جدارها سميك، تحوي حصيات تسد عنقها**

**وتحبس الصفراء في داخلها. التهاب مرارة حصوي حاد**، خرج من صمته في أسوأ توقيت. **زائدة زوجها جعلت مرارتها زائدة فالتهبت المرارة !**

كان انتشار الألم إلى الكتف الأيمن رسالة عصبية غير مباشرة؛ تهيّج الحجاب الحاجز نقل الإحساس عبر العصب الحجابي، فظهر الألم في مكان بعيد عن مصدره الحقيقي. الجسد هنا لا يضل، لكنه أحيانًا يتكلم بلغة الإحالة.

وقف الفريق الطبي أمام حالة نادرة : **زوجان، لكل منهما بطن يحمل سببًا مختلفًا للجراحة، وكلٌ منهما يحتاج تدخلًا عاجلًا.**
جرى تحضيرهما بالتوازي : **سوائل وريدية لتعويض النقص، صادات حيوية تغطي الجراثيم المعوية في حالة الزائدة والجراثيم الصفراوية في حالة المرارة، ومسكنات مدروسة تخفف الألم دون أن تطمس العلامات.** كان كل شيء يتم بدقة، لأن الجراحة ليست مهارة يد فقط، بل احترام لتسلسل الأحداث داخل الجسد.

دخلا غرفة العمليات في الليلة نفسها. **استُؤصلت الزائدة الدودية** الملتهبة للزوج قبل أن تثقب، عضو صغير كاد أن يقلب ميزان الجسد كله. وفي عملية أخرى، **استؤصلت المرارة الحصوية** للزوجة ، ذلك الخزان الذي تحوّل من عضو صامت إلى مصدر ألم لا يُحتمل. كان الجراحون يعملون على جسدين مختلفين، لكن القصة واحدة : **انسداد، التهاب، ألم، ثم تحرير.**

عندما أفاقا، كان كل واحد منهما في سرير، لكن الغرفة واحدة. تبادلا نظرة متعبة، وابتسامة خجولة، وامتدت يد تبحث عن الأخرى. دخلا الطوارئ معًا لأن الخوف جمعهما، ودخلا العمليات لأن العلم فرض ذلك، وخرجا وقد خفّ الحمل عن بطنيهما، لكن الرابط بينهما صار أثقل وأعمق.

في الطب نعلّم أن لكل ألم تشخيصه، ولكل علامة دلالتها؛ ماك بورني يشير إلى الزائدة، ومورفي يفضح المرارة. لكن تلك الليلة أرشدتنا إلى علامة أخرى : أن القلوب قد تسبق الأعضاء، وأن القلق قد يوقظ أمراضًا نائمة، وأن الحب قد يجعل مسارين مرضيين مختلفين يلتقيان في ليلة واحدة. دخلا معًا بحب غريب، وخرجا معًا بحب أغرب وأكبر، وقد **خلّفا خلفهما عضوين ملتهبين واحتفظا بما لا يُستأصل : الشراكة، والنجاة المشتركة.**

# قصص طبية قصيرة ...

## محتوى الكتاب :


- صخرة على صدري
- عندما يفيض العسل من الجسم
- يدي تخونني
- عندما تشيخ في طفولتك
- ساحرة على عامود
- كسور بلا رض
- الغرق في الهواء
- دماء سوداء
- خنجر في الصدر
- أصيح و السيف مزروعٌ في خاصرتي
- قنبلة داخل الرأس
- زلزال الجسد
- عاد جنيناً
- يوليوس قيصر
- صدمة العمر
- رجل الثلج
- اختناق بالهواء
- سقراط
- كليوبترا
- قاطع طريق
- أم الدم تنفجر
- مبيد بشري
- مختصر غير مفيد
- يا نار كوني برداً و سلاماً
- مرارة زائدة !!

EMERGENCY