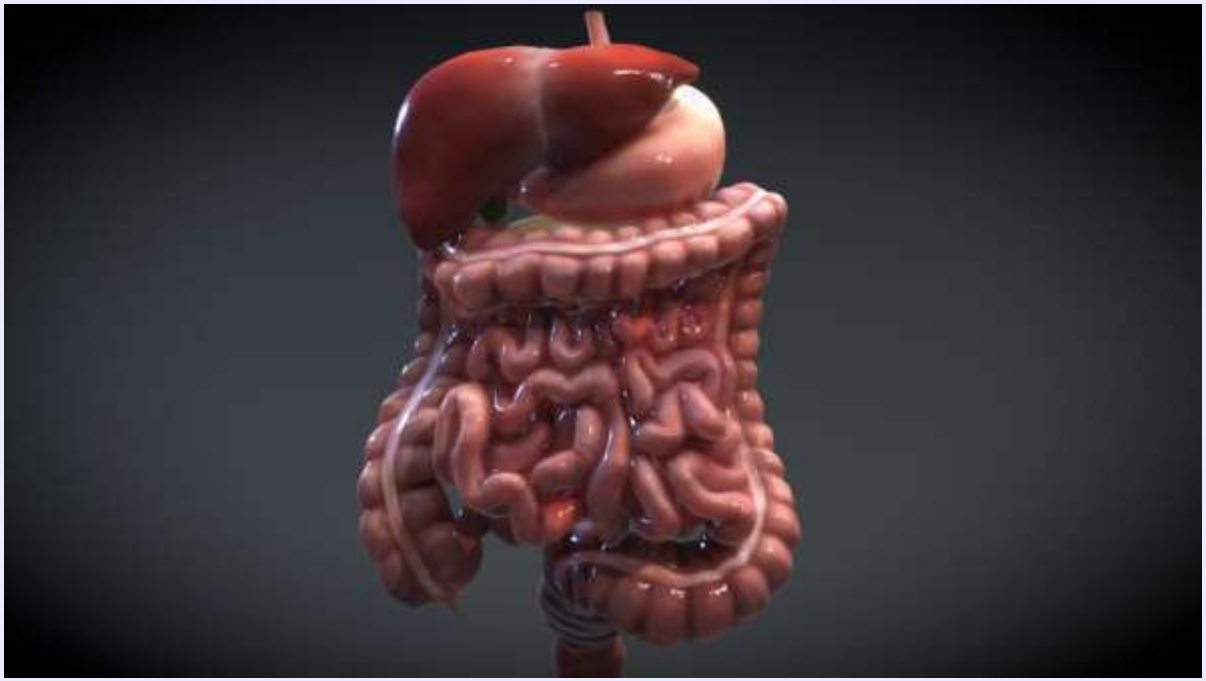
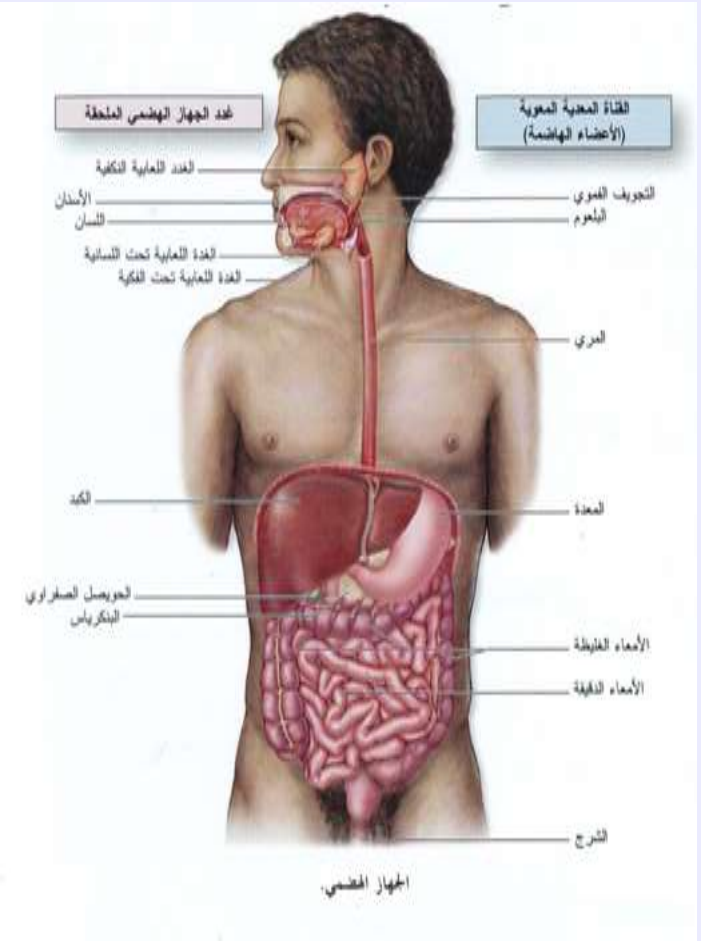
الفصل السادس

أمراض جهاز الهضم
Digestive System Diseases



جهاز الهضم Digestive system



الجهاز الهضمي

-يتألف جهاز الهضم من:

- ❖ القناة الهضمية Alimentary canal وتشمل:
  - ❑ المري
  - ❑ المعدة
  - ❑ المعي الدقيق
  - ❑ المعي الغليظ
- ❖ الأعضاء المرتبطة بجهاز الهضم وتشمل:
  - ❑ اللسان
  - ❑ الغدد اللعابية
  - ❑ الكبد والحويصل الصفراوي
  - ❑ البنكرياس

❖يتوضع الجزء الأعظم من جهاز الهضم في البطن والحوض حيث تتوزع في نواحي تشريحية ثابتة وجزء بسيط في جوف الصدر والعنق .

-يمر الطعام بعد المضغ الأولي والترطيب الى البلعوم فالمري بسرعة بينما يكون مروره في القناة المعدية المعوية Gastrointestinal tract أبطأ

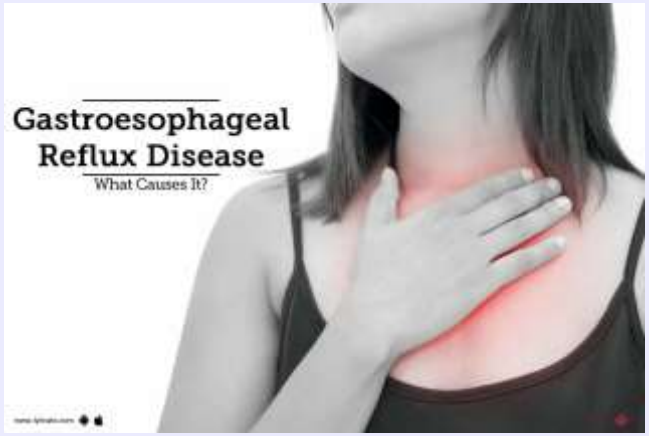
– ويطرأ عليه سلسلة من التبدلات المتعلقة بالهضم والذوبان والامتصاص.

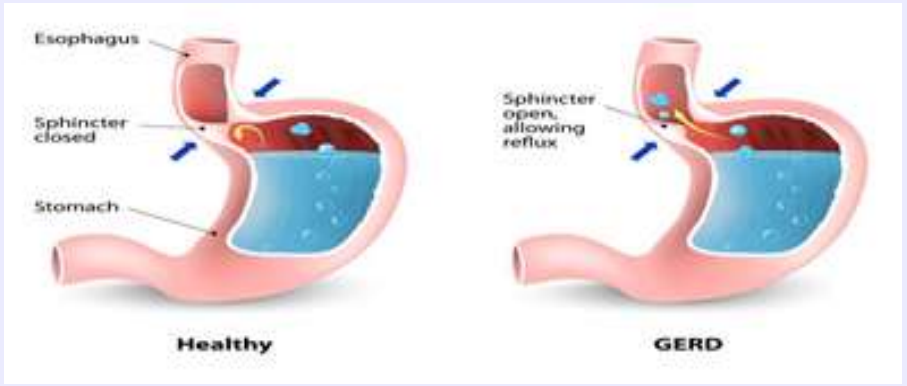
-يحصل الامتصاص بشكل رئيسي من خلال جدار الأمعاء الدقيقة

– بينما تطرح المواد غير المهضومة والمواد الأخرى المتبقية كبراز Feces

داء القلس المعدي المريئي
Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)

- القلس : Reflux هو رجوع محتويات المعدة باتجاه المريء القلوي الوسط، فيتسبب ذلك بأعراض تتمثَّل بالحرقة والحموضة.





بالحالة الطبيعية:

- يصل بين المريء والمعدة مصرة مريئية سفلية (الفؤاد أو معصِّرة الفؤاد) تكون مغلقة وتفتح عند دخول الطعام، فهي تمنع القلس (خروج محتويات المعدة باتجاه المريء).
- الزاوية الحادة بين المعدة والمريء تلعب دوراً في إبقاء محتويات المعدة بداخلها.
- كما أن الزاوية الحجابية تلعب دوراً في ذلك (زاوية تنشأ من توضع المعدة والمريء والحجاب الحاجز) فالوضع الطبيعي يتمثّل بأن يكون الحجاب الحاجز والوصل المريئي المعدي على نفس الخط.

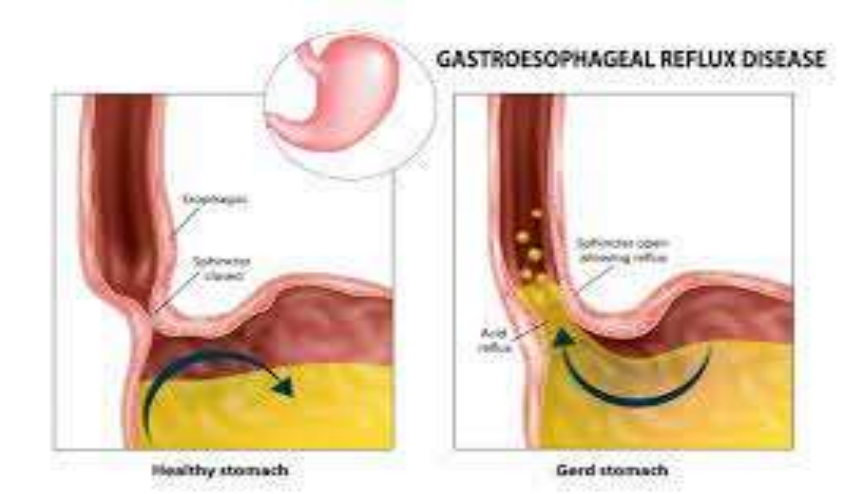
أسباب القلس Causes of reflux :

1) السبب الأشيع هو ارتخاء المصرة المريئية السفلية.

2) انفراج الزاوية الحادة بين المريء والمعدة.

3) الفتق الحجابي hiatal herniaالذي يؤدي لخروج جزء من المعدة فوق الحجاب، وأحياناً يكون الفتق الحجابي غير عرَضي أي لا يترافق مع أعراض، وأحياناً يكون عرَضياً يتمثَّل بأعراض القلس المعدي المريئي كالحرقة.

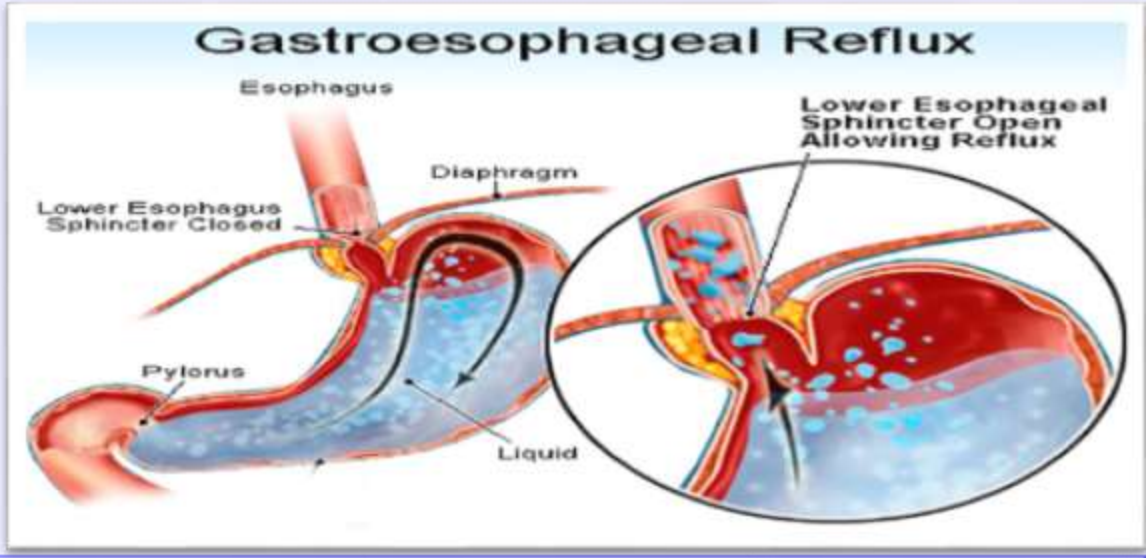
- أي ليس بالضرورة إذا كان الشخص مصاباً بالقلس المعدي المريئي أن يكون عنده فتق حجابي (يكون القلس ناجماً عن أسباب أخرى)، والعكس صحيح، فإذا كان الشخص لديه فتق حجابي ليس بالضرورة أن يكون عنده قلس معدي مريئي.



الأعراض القلَسيَّة Symptomes of reflux:

- أعراض مريئيّة Esophageal symptomes:

- لذع (حسّ بالحرقة) Heartburn، وهو أهمها وأكثرها إزعاجاً.
- قلَس Regurgitation أي خروج محتويات المعدة إلى المريء، وخصوصاً عند الانحناء للأمام وبعد الطعام.
- حموضة.



- **أعراض خارج مريئية Extra Esophageal symptomes:**

❖**ألم صدري Chest Paine:** بسبب تشنُّج عضلات المريء، ومن المحتمل ان تُحدِث هذه التشنُّجات تبدلات في تخطيط القلب.

توضيح: بسبب التشابه بين هذا الألم والألم المترافق لنقص التروية القلبية، فمن المهم جداً في هذه الحالة أن ننفي السبب القلبي من خلال إجراء تخطيط للقلب (قد نضطر لإجراء اختبار الجهد القلبي والقثطرة لنفي السبب القلبي) مع الانتباه للتحري جيداً.

❖**ألم وانزعاج بالبلعوم والحلق Esophageal pain** ناجم عن التهاب (قد يسبب القلس التهاب بلعومي ناجم عن التخريش) ومن الممكن أن تحدث تضيُّقات بالمريء.

❖**سعال مزمن:-** وهو عرَض رئيسيّ من الأعراض خارج المريئيّة، يزداد ليلاً وبعد الطعام. وثلث الأسباب في السعال المزمن تنحصر بالقلَس.

❖تآكل الأسنان نتيجة وصول الحمض إلى الفم،

❖تتشكَّل طبقة مزعجة على اللسان.

❖بحَّة في الصوت.

❖في بعض الأحيان قد يسبب آلام في الأذن.

التدبير Management

- **إجراءات عامة General management:**

يمكن لبعض التدابير أن تخفِّف من الحالة بنسبة 50-60%.

- **تخفيف الوزن.**
- **تناول وجبات خفيفة متعددة، والأكل بهدوء (لا تأكل بسرعة).**
- **تجنُّب الاستلقاء بعد تناول الطعام مباشرة (ساعتان فاصل على الأقل)، وتناول العشاء بوقتٍ مبكر.**
- **تجنُّب بعض الأدوية التي تسبب إرتخاءالمصرة المريئية السفلية، كحاصرات قنوات الكالسيوم (النيفيدبين مثلاً).**
- **تجنُّب المشدّات التي توضع على البطن، وتجنُّب رفع الأشياء الثقيلة.**
- **الابتعاد قدرالإمكان عن القهوة، الشاي، التدخين، المتة، الشوكولا، المشروبات الغازية، المأكولات الحارة وكذلك المأكولات الدسمة لأنها تُرخِي المصرَّة وتزيد من أعراض القلَس.**
- **تجنُّب ارتداء الملابس الضيقة.**
- **رفع السرير حوالي 30-40 درجة (أو 45 درجة) أثناء النوم أو وضع وسادتين تحت الرأس.**

التدبير الدوائي Pharmaceutical management:

- مثبطات H2 الهيستامينية: Anti H2 receptors
  - Ranitidine Famotidine
- مضادات الحموضة Antacids
  - Algiscon
  - Maalox
- مثبطات مضخة البروتون Proton pump inhibitors (PPI)
  - Pantoprazole
  - Omeprazole
  - Lansoprazole
  - Rapiprazole
  - Esomeprazole

أولاً: مثبّطات مضخة البروتون PPI: (وتعتبر افضلها)

الدواء	الجرعة القياسية (للحفظ) mg	ملاحظات
Omeprazole	20	وهو الأب الروحي لهذه المجموعة.
Rabeprazole	20	أقل إحداثاً للحساسية.
Lansoprazole	30	مروره كبدي لذلك لاااا يُفضَّل إعطاؤه لمرضى القصور الكبدي.
Pantoprazole	40	-
Esomeprazole (البطل) (Esostome®)	40	الأكثر استعمالاً، ويُعدّ الأقوى ويليه مباشرة الأوميبرازول

طريقة تناولها:

- تؤخذ جميعها صباحاً قبل الإفطار بنصف ساعة غالباً لأن مضخة البروتون تعمل بشكل أكبر في الفترة الصباحية ،وعند الحاجة إلى جرعة ثانية فإنّها تؤخذ قبل العشاء.
- تؤخذ بشكلٍ مستمر أو متقطِّع.
- تعدُّ مركبات PPI من المركبات الآمنة للحوامل (تحت التصنيف B) ما عدا الأوميبرازول.
- تتميز بأنها لا تحتاج تعديل جرعتها في حالة القصور الكبدي أو الكلوي وحتى في حالات تشمُّع الكبد.

ثانياً: مثبِّطات مستقبلات الH2:

- وقد قلَّ استخدامها حالياً إلا في حالات التحسُّس لل PPI أو أحياناً تؤخذ بالمشاركة.

ثالثاً: مضادات الحموضة:

- يمكن استخدامها للحالات العرَضيّة الشديدة، حيث أنها تتفاعل مع الحمض وتعدِّله مباشرةً.

القرحة الهضمية Digestive ulcer

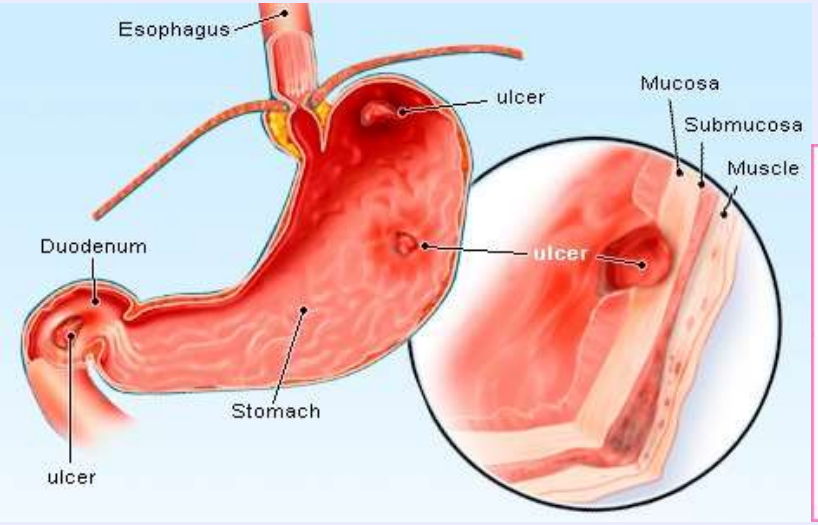
- هي تآكل في الجدار المعدي أو في جدار الاثني عشر، يشمل التآكل الغشاء المخاطي إلى ما تحت الطبقة المخاطية، ويتعمَّق أحياناً إلى الطبقة المصلية والطبقة المحتوية على الأعصاب، ولكنّ أغلبها يصل إلى الطبقة المخاطيّة العضلية فقط.
- وغالباً تكون أقل من 1سم.
- قد يكون التآكل بشكل سحجاتٍ على مستوى الغشاء المخاطي، وعندما تمتدّ لعمق معيّن أي إلى ما تحت المخاطية تسمّى قرحة.

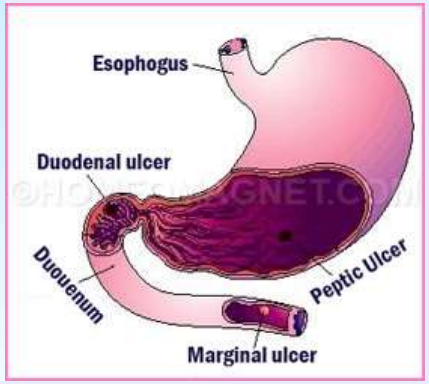
إذاً لا تُعتَبر كل السحجات قرحات.

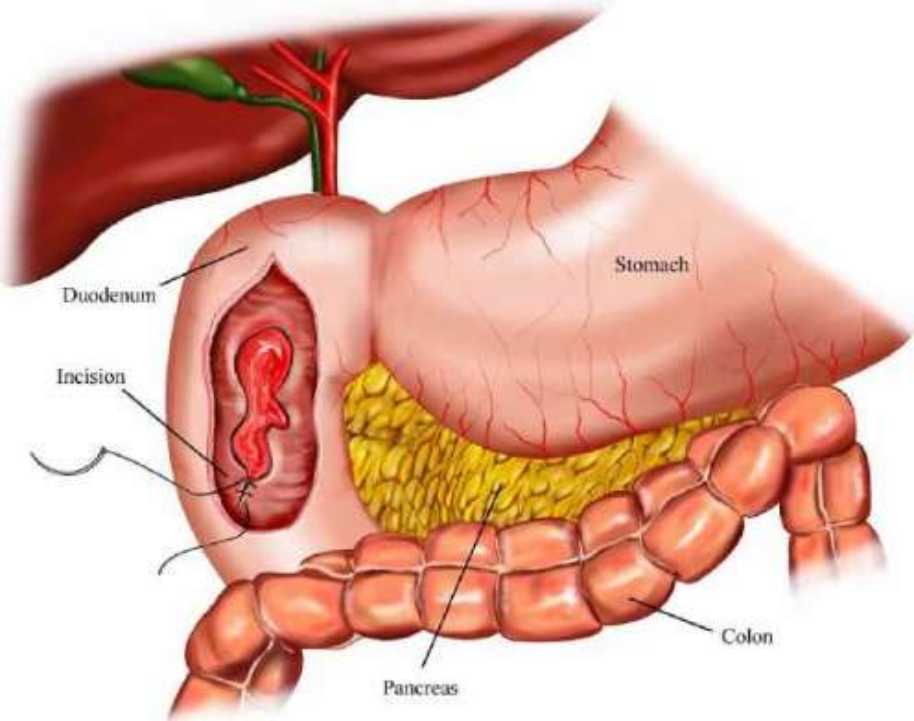
- ونميّز نوعين من القرحات المعديّة حسب أماكن حدوثها:

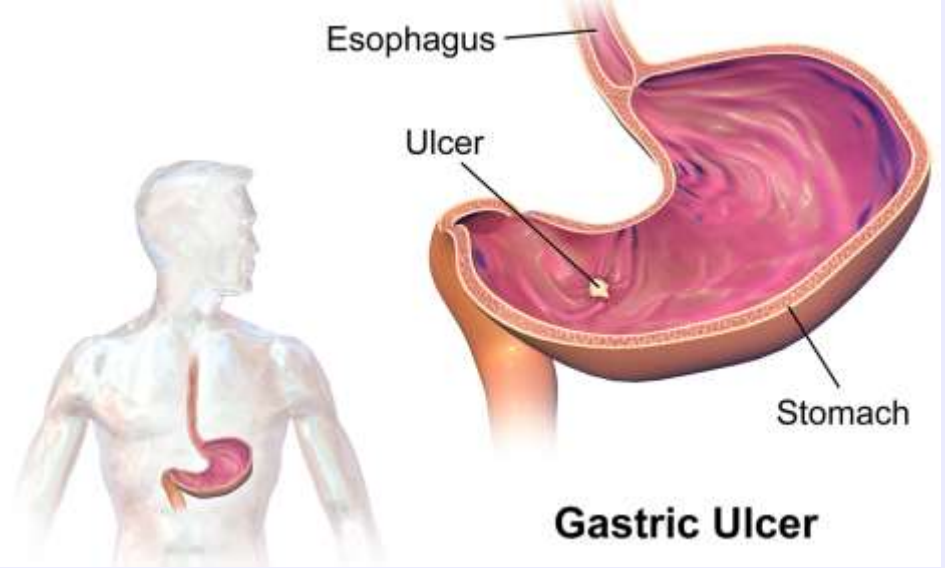
1- القرحة الاثني عشرية Duodenal ulcer (Bulbar)

2- القرحة المعدية Gastric ulcer






Duodenum
Stomach
Incision
Colon
Pancreas


Esophagus
Ulcer
Stomach
Gastric Ulcer

مقارنة بين ميزات القرحة الاثنى عشرية و القرحة المعدية

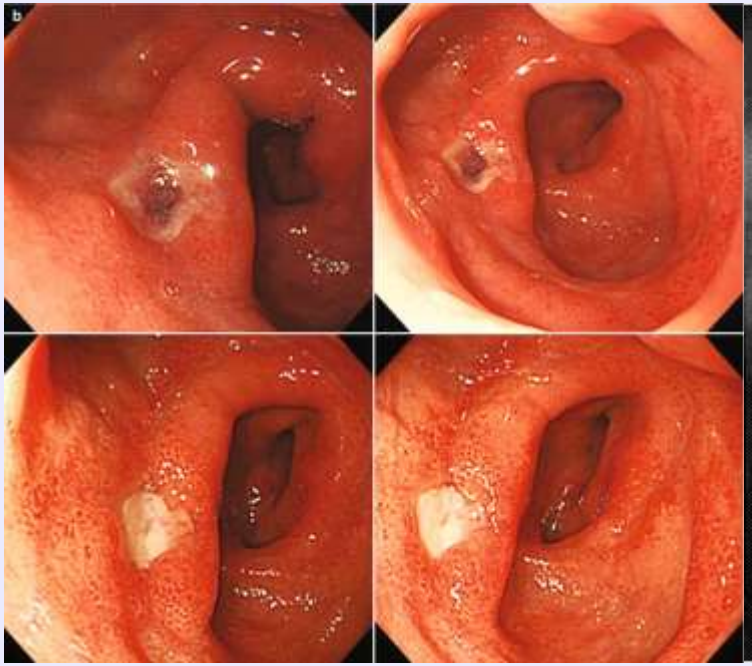
القرحة الاثنا عشرية (العفجيّة) أو قرحة البصلة، وهي الأشيع، وأبرز أعراضها:	القرحة المعديّة، وأبرز أعراضها:
ألم بشكل حس فرك (يشبه ألم الجوع)، حارق	ألم أشد أو أخفّ (غالباً أشد).
يحدث بعد 2-5 ساعات من الوجبة لأن المعدة تصبح فارغة، ويبدأ الجوع من جديد أو على معدة فارغة.	بعد الوجبات مباشرةً.
يخفُّ بالطعام ومضادات الحموضة. يزداد بالجوع.	لا يخفُّ تماماً بالطعام ومضادات الحموضة.
يحدث ليلاً بين الساعة 11و2 مساء.	-
يكون على شكل هجمات متناوبة نراها كثيراً في فصلي الربيع والخريف، أي لها صفة دوريّة يستمرُّ لأسابيع قليلة ثم يزول لأسابيع أو أشهر ثم يعود.	
لا تحتاج هذه القرحة لمراقبة بعد الشفاء، وتُعتَبر قرحة سليمة دائما، أي لا يمكن أن تخفي مرضاً خبيثاً أو أن تتطوَّر إليه.	تحتاج لمراقبة. يجب بعد معالجتها التأكد من شفائها تماماً بإعادة التنظير بعد 4 أسابيع بأخذ خزعات، لأنها من الممكن أن تُخفي وراءها خباثة، مثل سرطان المعدة. ولكن ليست كلُّ القرحات المعديّة تخفي خباثة.
أعراضها تأتي واضحة ومميزة.	لا تظهر بشكلٍ واضح أو مميز.
90% سببها الملوية البوابية ← في حالات القرحة العفجية تُعطَى معالجة للملوية البوابية بدون خزعة غالباً.	70% سببها الملوية البوابية وقد تكون بلا سبب ← يجب علينا دائماً إجراء خزعة للتأكد من سبب القرحة.

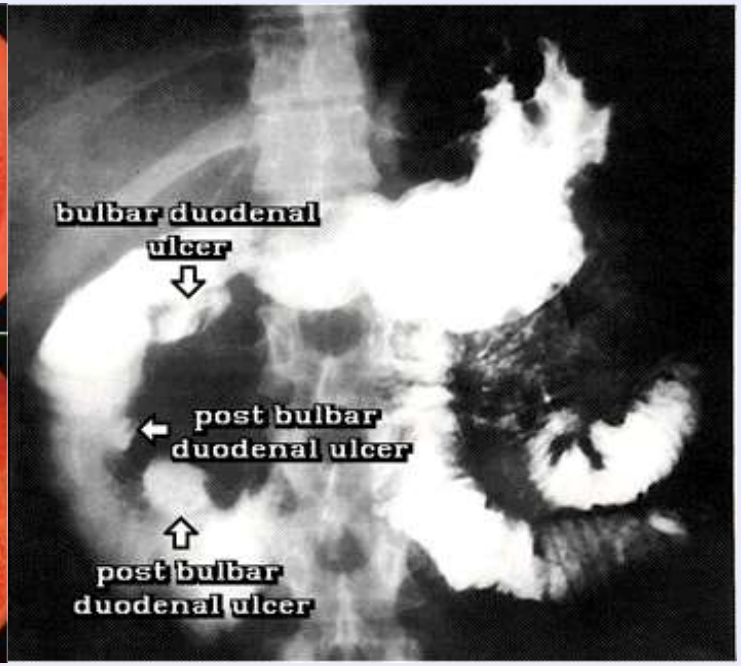
- يجب علينا أن نعرف أنّ هذه الأعراض أكاديمية، بمعنى أننا من الممكن أن نلاحظ تفاوتاً بأعراض كل مرض.
- قد تتظاهر القرحة باختلاطات مثل النزف والانثقاب، ونلاحظ القرحات عند الشباب أكثر من كبار السن.
- كماأننا علينا أن نعلم بأن 50% من حالات القرحة تكون وصفية (عرَضيّة)، وقد نكتشف القرحة مصادفةً (تكون هنا لا عرَضية) عند إجراء التنظير لسببٍ آخر.

التشخيص Diagnosis:

من الممكن أن نصل بالتنظير الهضمي العلوي Upper Endoscopy حتى القطعة الثالثة من العفج (وسيلة مهمة نستطيع من خلالها التعرُّف على نوع القرحة وحجمها و....).

- سابقاً كان يُستَخدَم التصوير الشعاعي الظليلي.





الأسباب الرئيسة للقرحة Main causes of digestive ulcer:

❖ **الملوية البوابية Helicobacter Pylori (HP):**

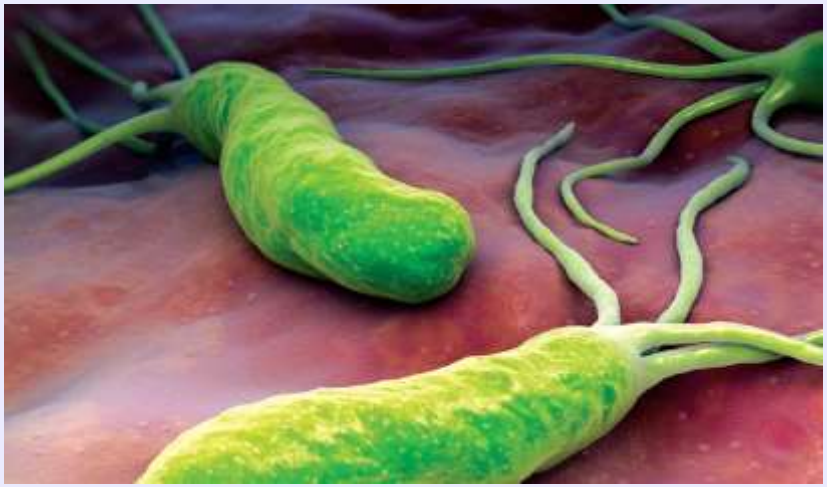
وهي جرثومة عصويّة سلبيّة الغرام ذات 3 إلى 5 سياط تساعدها على الحركة، تتوضع في الغشاء المخاطي المعدي وتتثبّت به لتحمي نفسها من الحمض،

كما أنها تعد المسبب الأول لسرطانات المعدة واللمفوما المعدية بالإضافة لإحداثها للقرحات، لذلك في حال وجود سرطان المعدة أو سوابق عائلية تزيد من احتمالية حدوثه يجب علينا التأكد من استئصالها بشكلٍ حتميّ.

❖ **الأدوية:**

- **مثل ال NSAIDs، حيث أنها تسبب 10-15% من حالات القرحة.**

❖ **أسباب أخرى، مثل داء كرون، الساركوئيد، التدرُّن (السل)...**



تدبير القرحة الهضمية Management of digestive ulcer

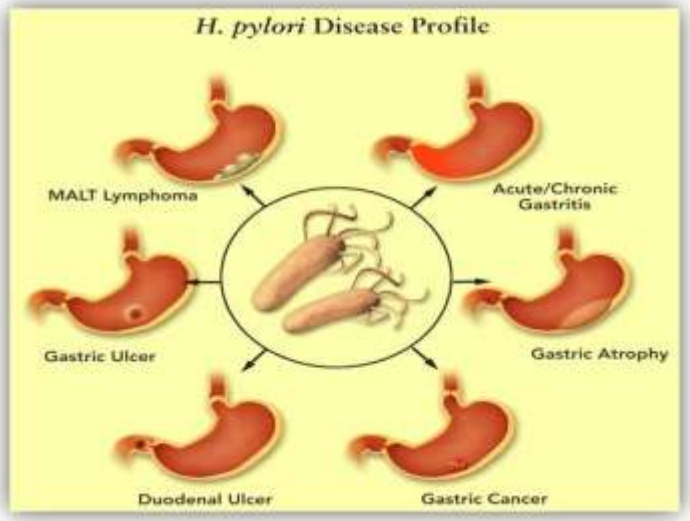
يبدأ العلاج باستئصال أو اجتثاث Eradication جرثومة الملوية البوابية.

- **ملاحظة 1:**

عند استئصال الملوية البوابية نستخدم جرعة مضاعفة (أي جرعتان صباحاً ومساءً) من ال PPI عدا الEsomeprazole نستخدم منه جرعة وحيدة.

- **ملاحظة 2:**

مدة العلاج بال PPI تتراوح من أسبوع لأسبوعين (أفضل فترة هي أسبوعين وذلك في حالات استئصال الملويّة البوابية).



- تجنُّب العوامل التي تزيد من الحالة المرضيّة، مثل ال NSAIDs، الكحول، التدخين والقهوة، لأنها تزيد من إفراز الحمض المعدي وتقبُّض الأوعية، وبالتالي فإنها تقلِّل من التروية الدمويّة للقرحة وتؤخِّر شفاءها.
- على الرغم من ملاحظتنا ارتباط القرحة بالحالة النفسيّة إلا أنه لا يوجد دليل علمي يؤكد على دور للشدة النفسية أو العوامل النفسية بحدوثها بشكل مباشر.
- في حال اضطر المريض لتناول NSAIDs فيجب عليه تناولها بعد الطعام وتناول PPI.
  - من الممارسات الخاطئة إعطاء الديكلوفيناك أو غيره من ال NSAIDs كمسكِّن لألم المنطقة الشرسوفية، لأن هذا الألم قد يكون ناتجاً عن قرحة، مما يفاقم الوضع كثيراً.
  - ويمكن في هذه الحالة إعطاء مسكّنات ألم مركزية أو مضاد تشنُّج. يجب علينا أيضاً أن ننتبه عند تناول المميعات لدى مريض قرحة لأنها قد تؤدي لحدوث نزوف، لذلك تؤخذ هذه الأدوية بالحد الأدنى المجدي لها (أدنى جرعة فعّالة).
- لا يوجد دور للحمية الغذائية، ويكفي أن يتجنب المريض الأغذية المزعجة له كالبهارات، الأطعمة الحامضة، البندورة المطبوخة، اللبن المطبوخ، الفليفلة، المخلل.... فهي تحرّض الهجمات ولكن لا تسبب قرحات.
  - الطعام الحامض والحار يُنقِص عتبة الألم عند المريض، لكنّه لا يسهم بشكلٍ مباشر في حدوث القرحة، حيث أن الطعام لا يزيد القرحة ولكن يزيد الحساسية للألم.

أدوية القرحة Drug of ulcer:

- مثبطات مضخة البروتون PPI_ ترتبط بشكل تساهمي ومثبط غير عكوس للـ $ATPase\text{-}K^{+}\text{-}H^{+}$ وبالتالي كبح مديد للحمض - وهي أكثر فعّالية من مضادات مستقبلات الهيستامين H_2 من ناحية سرعة شفاء القرحة والمدة اللازمة لذلك.
- مضادات مستقبلات الهيستامين H_2 التي لم يعد لها استخدام إلا في حال عدم تحمُّل المريض لل PPI جميعها أو حساسيته لها.

الدواء	الجرعات المتوفرة mg (ليست للحفظ)	الجرعة القياسية (ليست للحفظ)
Cimetidine	800 ،400 ،200	إما 800 mg مرة مساء. أو 400 mg مرتين يومياً.
Ranitidine	300 ،150	إما 300 mg مرة مساء. أو 150 mg مرتين يومياً.
Nizatidine		
Famotidine	40 ،20	إما 40 mg مرة مساء أو 20 mg مرتين يوميّاً.

النظام العلاجي	الأدوية المستخدمة
العلاج الثنائي	الأدوية:♦مثبط مضخة البروتون (جرعة قياسية) مرتين يومياً + أموكسيسلين 1 غ مرتين يومياً أو كلاريترومايسين 500 ملغ مرتين يومياً. المدة: 10 – 14 يوماً. ملاحظات: لم يعد يُستخدَم.
العلاج الثلاثي Triple thaerapy	الأدوية: ♦مثبط مضخة البروتون (جرعة قياسيةمرتين يومياً صباحاً ومساءً قبل الطعام) + أموكسيسيللين 1 غ مرتين يومياً + كلاريترومايسين 500 ملغ مرتين يومياً (صباحاً ومساءً). ♦ يمكن استخدام الميترونيدازول 500 ملغ مرّتين يومياً بدل الأموكسيسيللين إن لم يتحمّله المريض أو في حال الحساسية تجاهه. المدة:10- 14 يوماً، عند الأوروبيين مدة العلاج هي 10 أيام إلا أنه وُجِد أن 14 يوماً أكثر فعالية في اجتثاث الملويّة البوابية. ملاحظات:♦ وهو العلاج الكلاسيكي الأفضل والأكثر استخداماً. ♦ نسبة نجاح العلاج تصل ل 80% إلا أن مشكلته هو ظهور سلاسل جرثومية مقاومة ومعنِّدة نتيجة الاستخدام الخاطئ للصادات الحيوية.
العلاج المتتابع Sequential therapy	الأدوية:♦مثبط مضخة البروتون (جرعة قياسية) مرتين يومياً + أموكسيسيللين 1 غ مرتين يومياًلمدة 5 أيام. ثمّ مثبط مضخة البروتون (جرعة قياسية) مرتين يومياً + كلاريترومايسين 500 مغ مرتين يومياً + تينيدازول أو ميترونيدازول 500 ملغ مرتين يومياً لمدة 5 أيام. ملاحظات:♦ يُعطي نسبة استئصال أعلى للملوية البوّابية وأكثر تحمُّلاًمن قِبَل المريض (يحتاج لمريضٍ واعٍ ☺ يلتزم به). ♦ نسبة نجاح العلاج تصل إلى 90%.
العلاج الرباعي	الأدوية:♦مثبط مضخة البروتون (جرعة قياسية) مرتين يومياً + بزموت 525 ملغ أربع مرات يومياً + ميترونيدازول 500 ملغ أربع مرات يومياً + تيتراسيكلين 500 ملغ أربع مرات يومياً. المدة: 7 – 14 يوماً. ملاحظات:♦ لم يعد يُستَخدَم أو قل استخدامه (على الرغم من أنه ناجح ☹)، ولكن الآن يتم العودة إليه لأنه أعطى نسبة أعلى في اجتثاث الملوية البوابية.

القرحات المحرّضة بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية
Non steroid anti-inflammatory drugs(NSAID)

تتسبّب بأذية لمخاطية المعدة مما يُنتِج قرحة هضميّة،

تأثير الـ NSAIDs على الجهاز الهضمي:

تؤثر على كامل الأنبوب الهضمي (من المريء حتى الشرج).

العضو	الآثار الجانبية
المريء Esophagus	☯التهاب المري Esophagitis . ☯ قرحةUlcer . ☯ تضيّق Stricture.
المعدة Stomach والاثني عشر Duodenum	☯نزف تحت الخلايا الظهاريةSubepithelium hemorrhage (تظهر بالتنظير على شكل بقع حمراء). ☯ تآكل Erosione أو تشكُّل سحجات. ☯ قرحةUlcer.
المعي الدقيق Small Intestine	☯قرحات Ulcers. ☯ تضيقات Strictures . ☯ اعتلال معوي Enteropathy محرَّض بال NSAIDsومن الممكن أن يسبب سوء امتصاص وزيادة بإطراح البروتينات أو ضياعها ← نقص وزن وإسهال.

الكولون Colon	←في حال عدم وجود أمراض كولونية No Pre-existing Colon Disease: ☯قرحاتUlcers. ☯تضيقاتStrictures. ☯التهاب كولونColitis. ☯ في حال تليُّف القرحات يتشكَّل حُجُب Diaphragm بالقولون (تضيُّقات أو تشكُّل رفوف تمنع المرور وتعطي أعراض الانسداد). ← في حال وجود أمراض كولونية مسبقةPre-existing Colon Disease: ☯زيادة مضاعفات الداء الرتجي Complication of Diverticular Disease. ☯ تنشيط داء التهاب الأمعاء IBDActive.
السرم Anorectum (اجتماع المستقيم والشرج)	☯ التهاب Inflammation ☯قرحةUlcer. ☯تضيقStrictures. ☯تخريش (خاصة باستعمال التحاميل) وهنا نلاحظ ألم عند أخذ التحميلة.

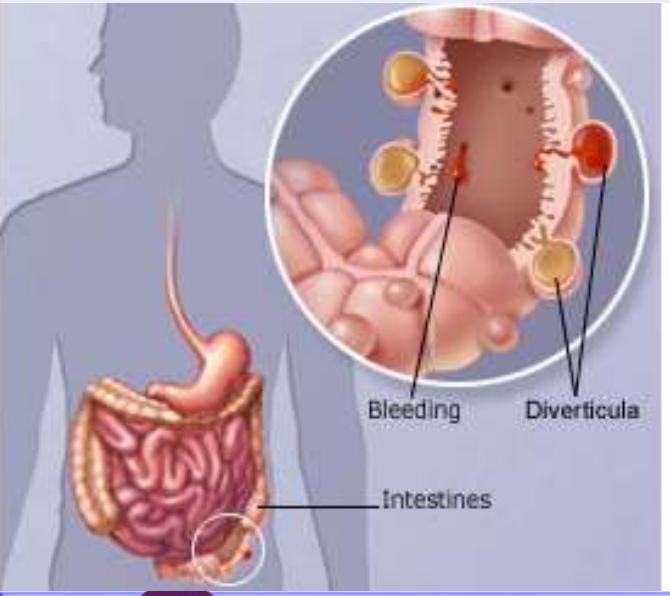
- ملاحظة:
- علينا أن نسأل المريض في حال أخذها عن مشاكل صدرية أو قلبية، ومن الممكن أن تسبِّب قصور كلوي حاد أو التهاب كلية خلالي عند الاستخدام المتكرر

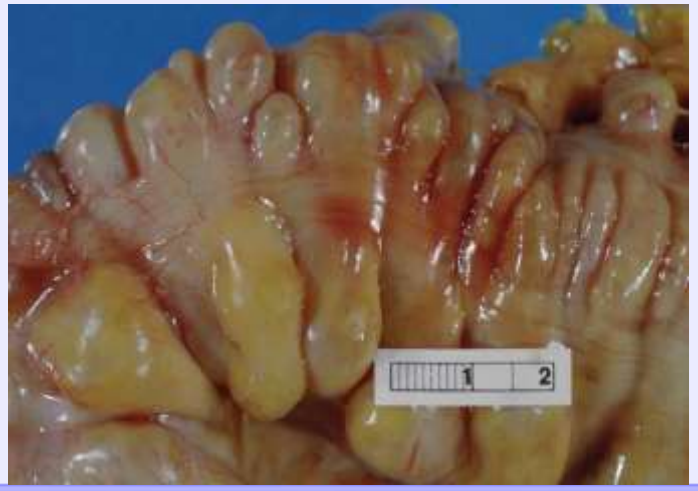
الداء الرتجي Diverticular Disease

تعريف Definition

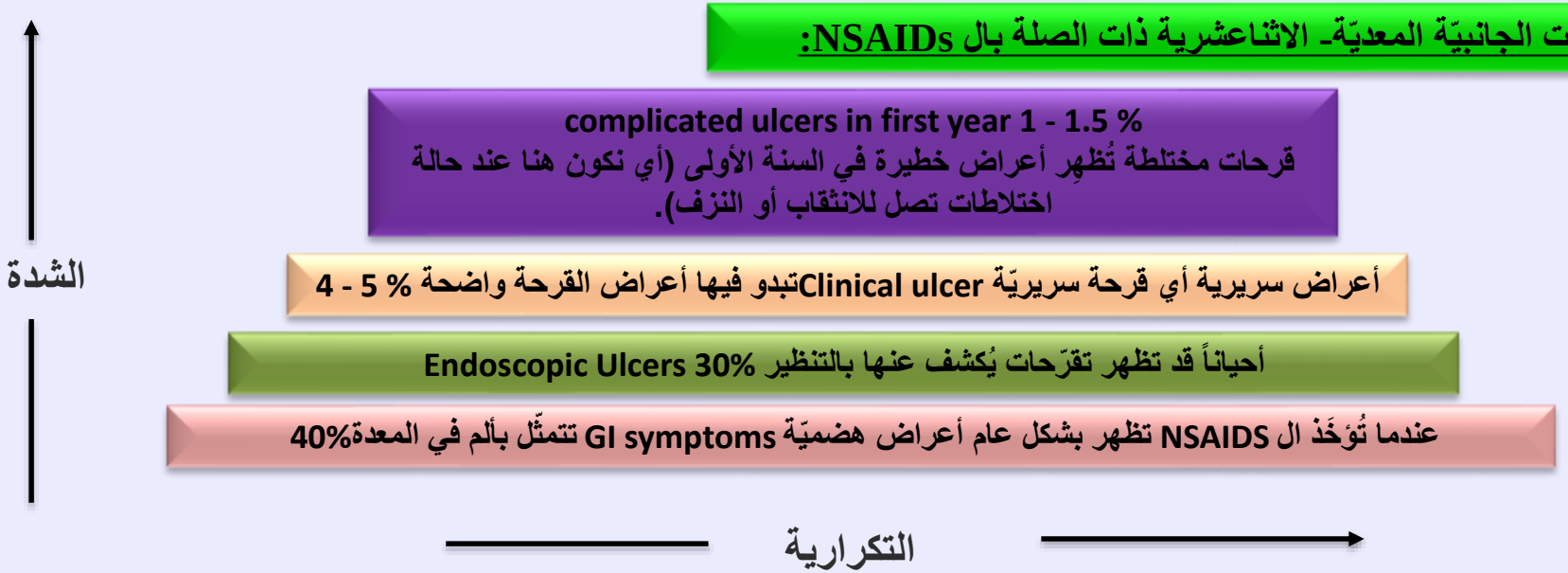
الرتوج هي فتوق صغيرة في جدار الكولون ناتجة عن ضعف عضليٍّ فيه، وفي حال إعطاء ال NSAIDs فمن الممكن أن تتطور المضاعفات الرتجية، وهي:

- النزف.
- تشكُّل الخراجات والتهابها.
- الانثقابPerforation (يتطلَّب الأمر تدخّلاً جراحيّاً).





التأثيرات الجانبيّة المعديّة- الاثناعشرية ذات الصلة بال NSAIDs:



إذاً تتدرَّج الخطورة كما يلي:

- تقرُّحات نكشفها بالتنظير ← أعراض سريرية ← اختلاطات شديدة تتمثَّل بالانثقاب أو النزف.

  كما هي الحالة في الداء الرتجي، فكذلك في حالة القرحات، ففي حال الاستخدام المتكرر لل NSAIDs أو المستمر مع وجود قرحة سابقة ← يتطور الأمر لحدوث مضاعفات Complication، مثل:

- ألم معدي :
- النزف Bleeding: يجب إيقافه لأنه قد يتحوَّل لسحجة ثم لقرحة، يحتاج إلى تنظير وقد يتطلَّب تدخُّلاً جراحياً.
- الانثقاب Perforation: وهنا يتطلَّب تدخُّلاً جراحياً بشكلٍ حتميّ (فتح البطن)، وهنا عند الفحص السريري للمريض نلاحظ أن البطن متحجِّر أو متخشِّب..

الاعتلالات المعدية Gastropathy الحاصلة بال NSAIDs من الناحية النسجية :

نزف تحت المخاطية Submucosa Hemorrhage:

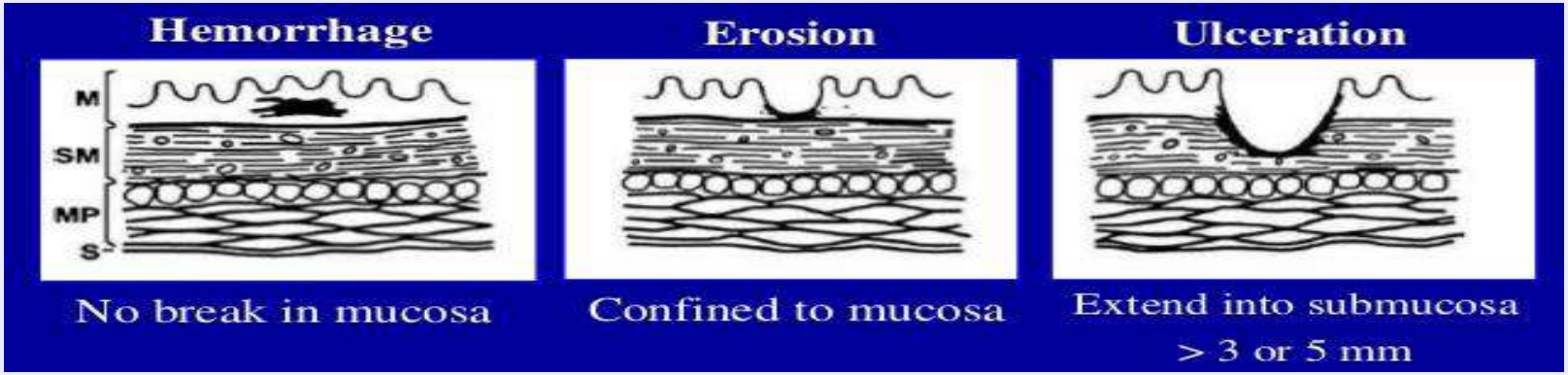
- تكون المنطقة تحت المخاطية محمرة قليلاً وما من تأذٍّ في المخاطية.

السحجات Erosins:

- تكون بشكل تأذي صغير في الغشاء المخاطي السطحي، فيحدث تآكل في جدار المعدة (لا يتجاوز عمقه 2-3 ملم) ونرى في الصورة أنه وصل إلى المخاطية.

التقرّح Ulceration:

- تخترق الجدار المخاطي وتحت المخاطي، وقد تصل إلى العضلة المخاطية (وتكون بحجم أكبر من 0.5).



تصنيف ال NSAIDs حسب درجة خطورتها على السبيل الهضمي:

منخفضة الخطورة	▪ الايبوبروفين: لكنه بجرعات أعلى من 1.5-2.4 غ في اليوم يصبح عالي الخطورة، ويصل عمره النصفي من7 إلى 8 ساعات. ▪ الديكلوفيناك.	
متوسطة الخطورة	▪ الإندوميتاسين. ▪ النابروكسين. ▪ السوليندك. ▪ الأسبرين.	
عالية الخطورة	▪ الآزابروبازون (الاسم التجاري له نوفالجين، وتم سحبه من قبل منظمة الصحة العالمية لأنه كان يسبب نقص عدلات شديد ونوبات تآقية شديدة عند بعض المرض). ▪ التولميتين. ▪ الكيتوبروفين. ▪ البيروكسيكام (فلدين)	جميعها ذات عمر نصفي طويل، فعلى سبيل المثال يصل عمر البيروكسيكام النصفي إلى 24 حتى 48 ساعة.

Diclopinda-K
20 Film Coated Tablets
Diclopinda-K
(Diclofenac potassium)
Ultra Medica
Pharmaceutical Industries
Syria- Sydnaya

INDOMETACIN
6 SUPOZITOARE
INDOMETACIN
50 mg

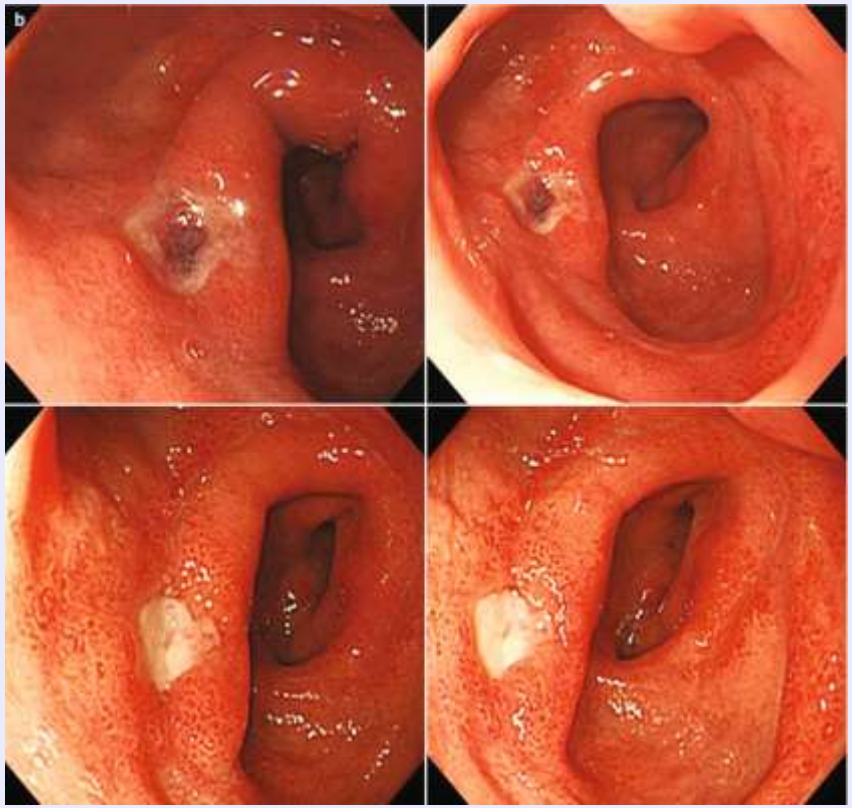
Pfizer
FELDENE*
10mg PIROXICAM
20 Dispersible Tablets

Ketoprofen
for Injection (Lyophilize)
100mg
1 X 10 Vials
I.M.
Rx
Lyophilized Ketoprofen for injection 100mg
www.sinopharm-nc.com

❑ المبادئ العامة لعلاج القرحات المرافقة للـ NSAIDs

- ❖ تجنُّبها إن أمكن.
- ❖ إذا لم نتمكَّن من تجنُّبها ←نستخدمها بأقل جرعة ومدة ممكنين.
- ❖ بوجود قصة قرحة سابقة، نستخدم PPI لمدة 4-8 أسابيع ثم جرعة صيانة طالما نستخدم NSAIDs.
- ❖ بوجود قرحة فعالة، نستخدم PPI لمدة 4-8 أسابيع ونوقف NSAIDs إن أمكن وإلا جرعة صيانة.

قبل أن تعطي ال NSAIDs، يجب عليك أن تسأل المريض وذلك للوقاية من اختلاطات القرحات المرافقة لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية:



- هل هو مصاب بارتفاع الضغط؟
- هل يعاني من الربو؟
- هل يشكو من ألم في رأس المعدة(قصة قرحة سابقة.)؟
- هل لديه مشاكل كلويّة؟
- الأدوية المرافقة.
- العمر.
- الأمراض المرافقة.
- في حال وجود عوامل الخطورة يجب علينا تجنُّبها أو إعطاء PPI.

❑ اختلاطات القرحة الهضميَّة Complication of digestive ulcer:

❖ أولاً: النزف Bleeding:

وهو أشيع اختلاطات القرحة وأخطرها، يتجلّى بتقيّؤ مدمّى أحمرأوأسود ،وبيراز زفتيّ ذو رائحة كريهة جداً. وأحياناً قد يسبب النزف الخفيف فقردم بعوزالحديد.

أحياناً يأتي المريض إلينا وهو بحالة صدمة ← نعطيه سيروم ملحي و دم لتعبئة السرير الوعائي.

علاج النزف Treatment of bleeding:

❖ دوائياً Pharmaceutical:

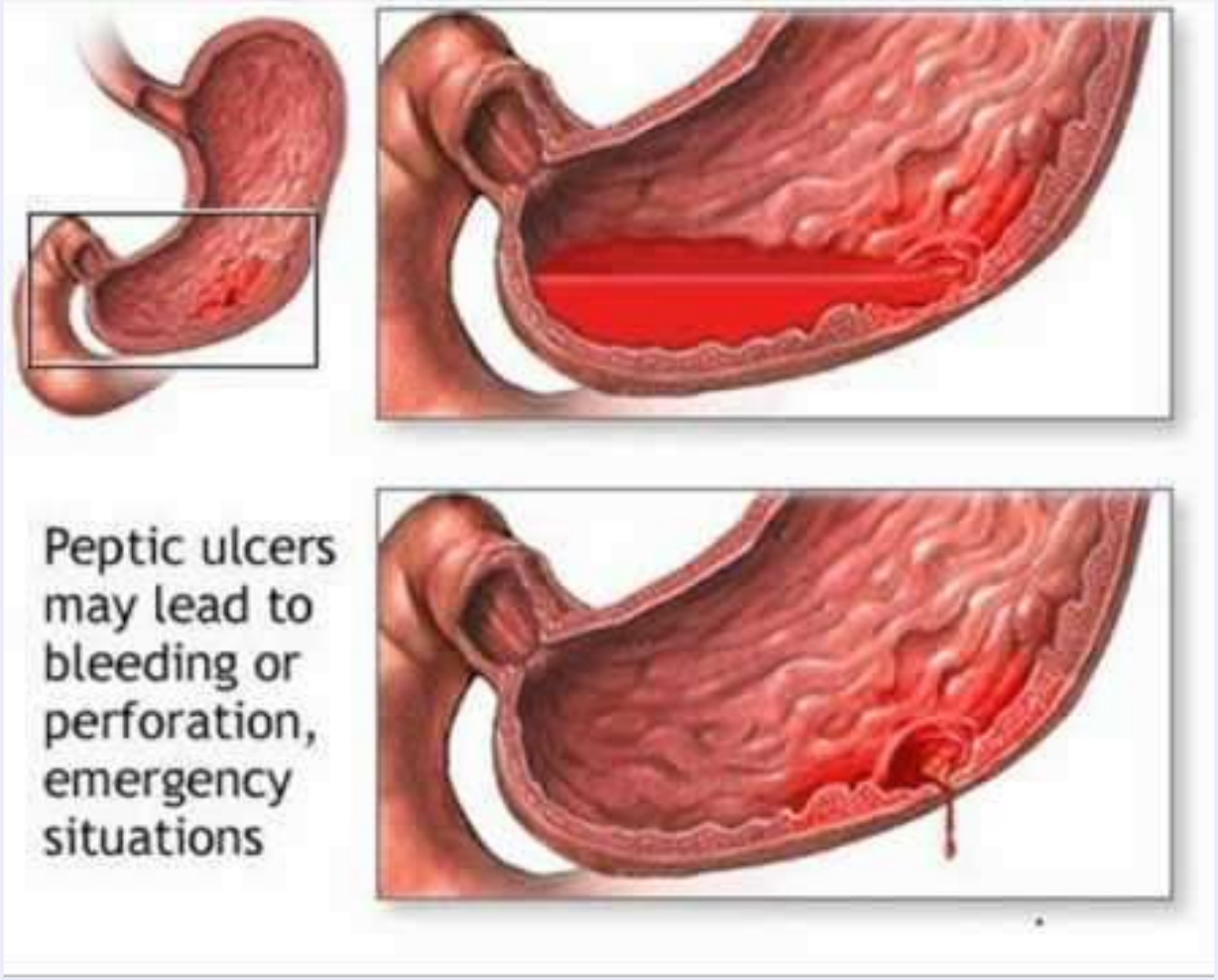
تسريب PPI وريدياً وبشكل مستمر، مثل: الاوميبرازول بجرعة تصل ل8 ملغ بالساعة يومياً، أي بالمُجمل 200ملغ/24 ساعة.

❖ تنظيرياً Laparoscope:

عند ملاحظة استقرار حالة المريض (الخضاب فوق ال 7) ← من الممكن أن نجري له تنظير، ومن الممكن أن يكون النزف عندها قد توقف.

- حقن المريض بمحلول أدرينالين مع السيروم الملحي بنسبة 1 إلى 10.000:
  - يقوم الأدرينالين بتقبيض الأوعية الدموية.
  - يقوم السيروم بالضغط على الوعاء موضعياً.
- ميكانيكياً Technical: بوضع ملقط Clip على الوعاء الدموي، يتوقف النزف بنسبة 80% وبالطبع بكل الأحوال نستمرّ بالمعالجة الدوائية.
- التخثير الحراري (الكوي).

❖ الجراحة Surgery إن لم تنفع الطرق السابقة.


Peptic ulcers may lead to bleeding or perforation, emergency situations

❖ ثانياً: تضيُّق مخرج المعدة (الانسداد) Obstruction of outlet gastric:

في حال هجمات القرحة المتكررة بمنطقة البواب أو البصلة (حدوث قرحة ثم شفاؤها) ← قد يحدث تندُّب (تليُّف) ← تضيُّق مخرج المعدة أو انسداده ← تقيُّؤ كامل للطعام بعد ساعة أو ساعتين من تناوله، حيث تبدو المعدة بالتنظير ممتلئة بالطعام، فإذا فرغت منه تبدو مسدودة.

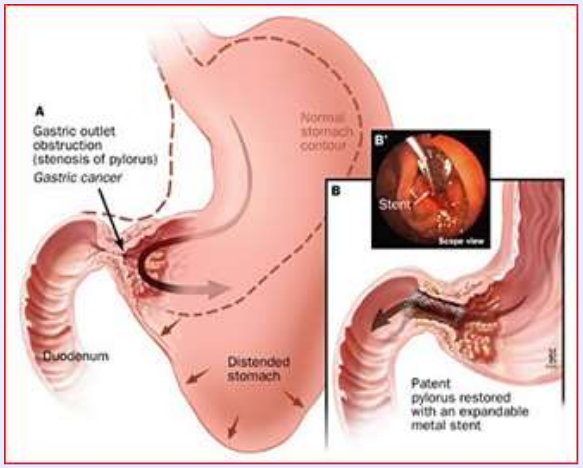
للانسداد عدة أسباب Causes:

- ❖ ميكانيكي أو (عضوي): نتيجة قرحة أوسرطان.
- ❖ وظيفيّ نتيجة اضطراب تعصيب المعدة ،كما في بعض :
  - حالات الداء السكّريّ حيث تفقد المعدة حركاتها الحوّيّة،وهومايُدعَى (خزل المعدة السكّريّ).
  - متلازمة انسداد مخرج المعدة، والتي يمكن أن تحدث بعد عمل جراحي نتيجة حدوث خزل لعضلات المعدة.

ولكن السبب الأساسي هو القرحات، وقد انخفضت الإصابات بانسداد المعدة نتيجة العلاجات الحديثة.

العلاج Treatment:

إمّا بالتنظير حيث ندخل بالوناً مكان التضيُّق ونوسّعه ،وإن لم تنفع هذه الطريقة نلجأ إلى الجراحة (عن طريق إحداث ثقب بسيط بين الأمعاء الدقيقة والمعدة).



❖ ثالثاً:الانثقاب Perforation:

- يمكن أن يكون التقرّح شاملاً لكامل جدارالمعدة،فتخرج محتوياتها إلى جوف البريتوان←التهاب بريتوان شديد (يؤدي أحياناً للموت) نتيجة وصول المفرزات الحمضية إلى جوف البريتوان.

أحياناً نحتاج لغسل جوف البريتوان في حال انثقاب قرحات الأمعاء لأن البراز قد وصل إلى الجوف.

- نلاحظ في هذه الحالة حدوث التقفُّع (أحيانًا المعدة تتخشّب) ويترافق ذلك مع ألم شرسوفيّ فائق الشدّة، وهط وتعرُّق شديد. ويُسمَّى البطن في هذه الحالة (بطن حاد جراحي)، ويحتاج إسعاف فوري.

نلاحظ هنا أن العلاج بالجراحة حتماً، ولا نلجأ هنا للتنظير لأنه سيزيد الوضع سوءاً.

- يمكن أن يحدث الانثقاب نتيجة تناول ال NSAIDs أو لأسباب أخرى.
- يؤدي الانثقاب إلى خروج الهواء من السبيل لهضمي إلى جوف البريتوان مسبباً هواء تحت الحجاب الذي يظهر على شكل هلال غازي في الصورة البسيطة للبطن.

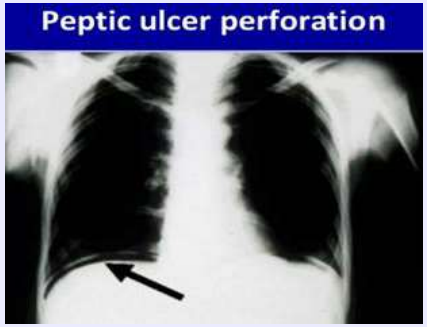
التشخيص Diagnosis:

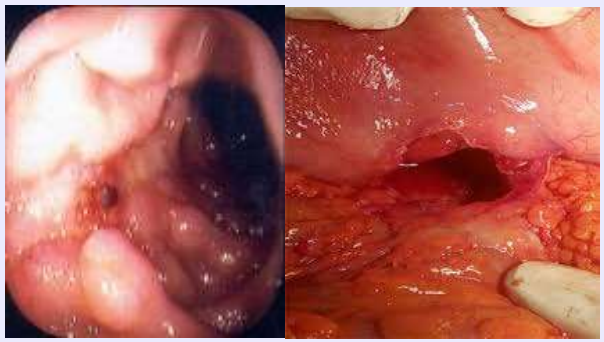
❖ 60-70% من الحالات يتم تشخيصها بصورة بطن بسيطة، حيث يتم تشخيص الريح تحت الحجاب كما في الشكل.

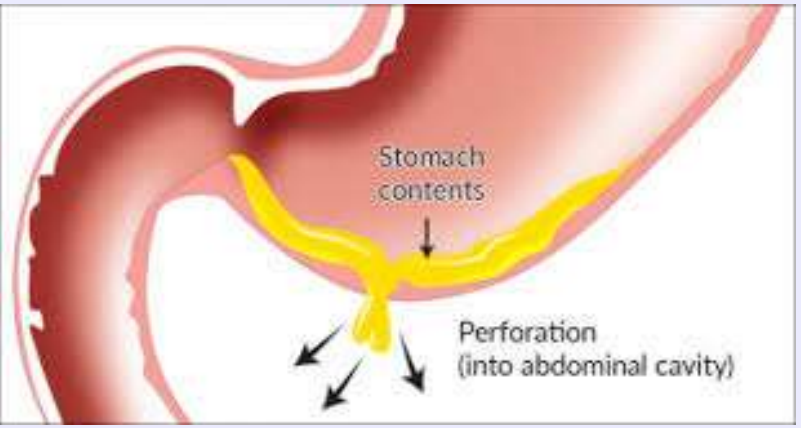
❖ 20% من الحالات لا يظهر شكل الهلال وبالتالي نلجأ للطبقي المحوري.

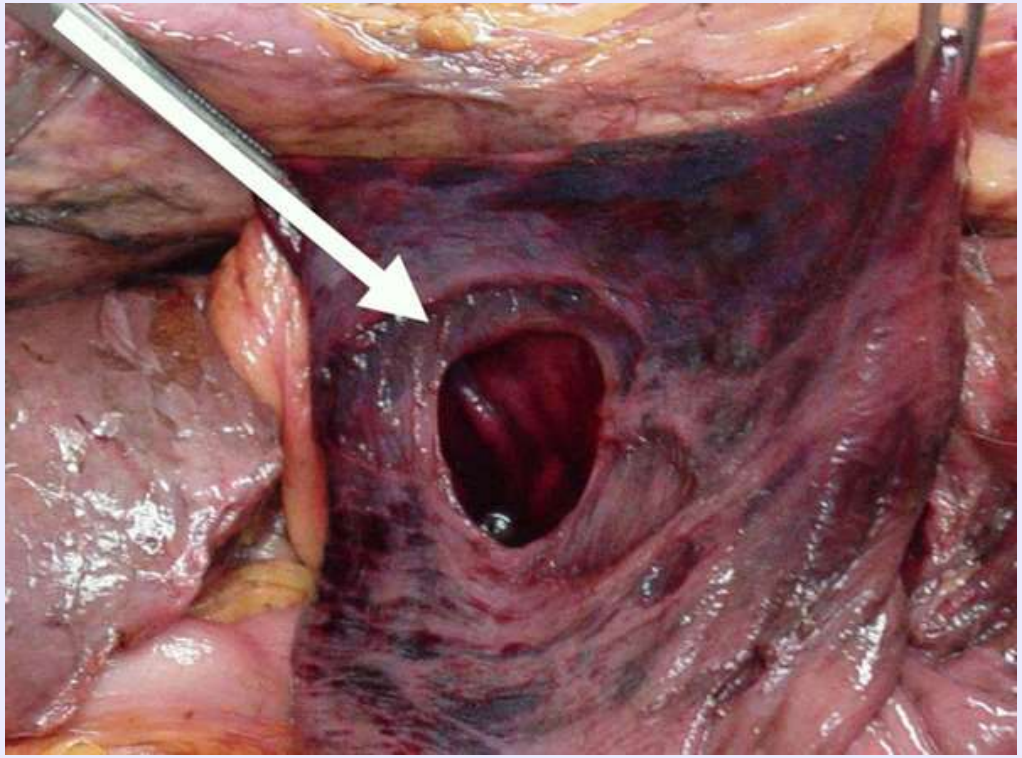
يعد الطبقي المحوري هو الفحص الأكثر حساسية ونوعية في كشف:

- الانثقاب.
- الهواء الحر تحت الحجاب الحاجز.
- الهوا الحر في البطن



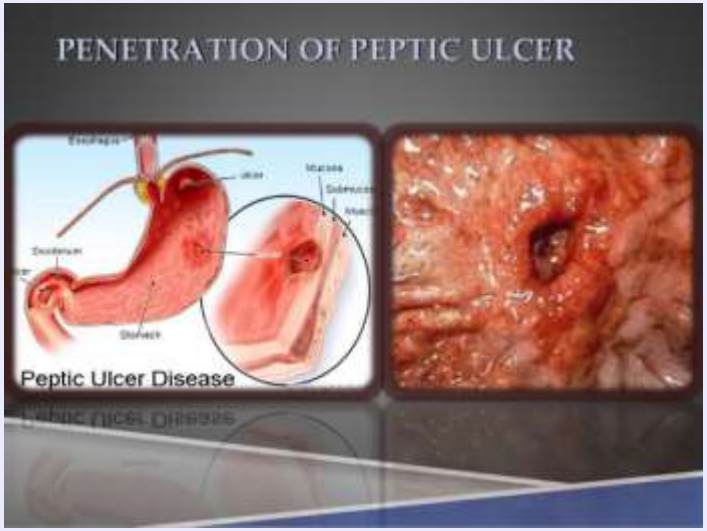



Stomach
contents
Perforation
(into abdominal cavity)



❖ رابعاً: الاختراق أو النفاذ Penetration:

- وتُسمَّى قرحة ثاقبة سادّة Perforé boché ulcer. وفيها تحدث القرحة على الوجه الخلفيّ للمعدة أوالبصلة، فيصل التقرّح إلى عضو مثل البنكرياس←يتألّم المريض ألماً يشبه ألم البنكرياس.
- لايحدث في الاختراق انثقاب كامل،إنّما يحدث الانثقاب وينسدّ الثقب بالعضو.
- في حالات قليلة يمكن أن يحرِّض الاختراق التهاب البنكرياس.



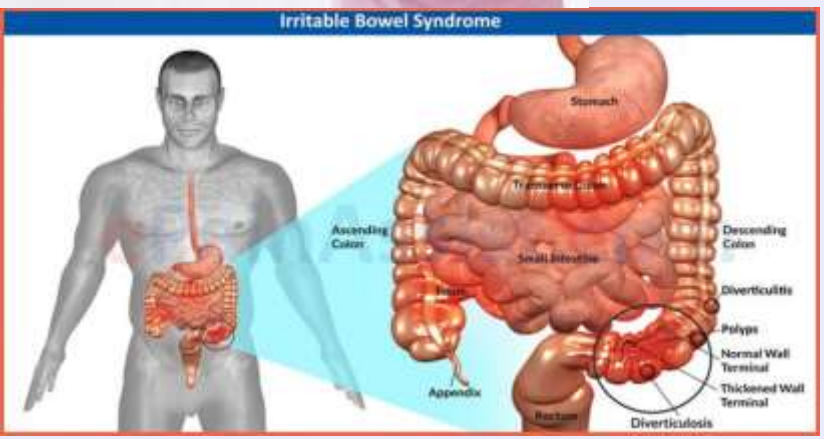
فإذاً:

الانثقاب← القرحة تنفتح على حشى أجوف،مثل جوف البريتوان.

الاختراق←القرحةلاتنفتح على حشى أجوف،بل على عضو صلب(مثل البنكرياس).

- تواتر الاختلاطات من حيث الشيوع:
  - نزف (الأكثر شيوعاً)
  - انثقاب انسداد نفاذ (الأقل شيوعاً).

متلازمة الأمعاء الهيوجة
Irritable Bowel Syndrome (IBS)



أو ما يُسمَّى بالكولون العصبي أو تشنُّج الكولون

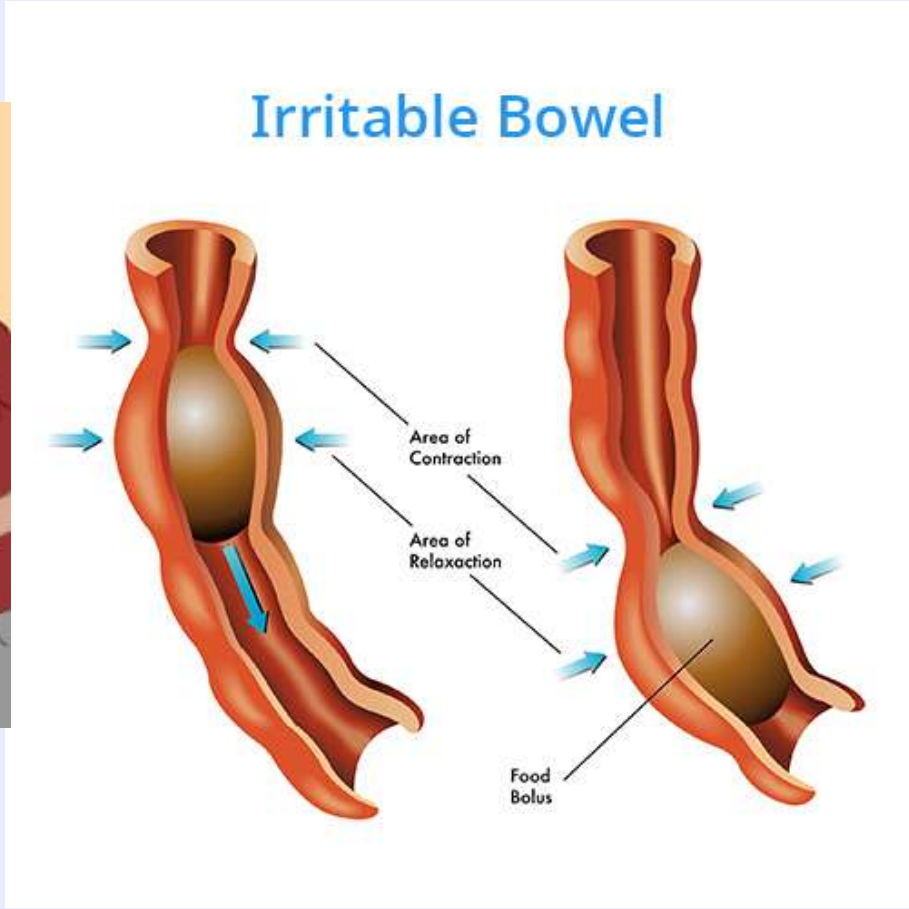
تعريف Definition:

- هي اضطراب وظيفي Functionalفي الكولون.
- يحدث عند الشباب غالباً ويتمثّل بألمٍ (في أكثرالحالات)
- أوانزعاج بطنيّ أو نفخة تحدث بعد تناول الطعام بربع ساعة عادةً،
- وتخفّ بالتبرّز وإخراج الغازات.
- تصيب 20-30% من البشر (3/1 البشر).
- 90% من الحالات تترافق مع إمساك، وقد يترافق مع إسهال، أو من الممكن أن يكون بشكلٍ غير مصنَّف أو مختلط.
- جميع الفحوص المخبريّة والشعاعيّة والتنظيريّة طبيعيّة.
- يهدأ تشنج الكولون أثناء النوم لأنه مرض وظيفي، إذا استيقظ المريض بسبب ألم أو إسهال أو سعال فهذا يعني أن المشكلة عضوية وليست وظيفية.

التشخيص Diagnosis:

- إن تشخيص تشنج الكولون هو تشخيص بالنفي،أي يجب نفي وجود
- أي مرض عضو آخر (ورم، التهاب.....)، ويجب أن يكون التنظير طبيعياً.
- يتم عادةً في بلادنا تشخيص هذه المتلازمة بالاعتماد على القصة السريرية،

Common IBS Symptoms
Constipation
Diarrhea
Mixed bowel habits
Mucus in bowel movements
Feeling of incomplete bowel movements
Looser and/or more frequent stools
Abdominal pain and bloating
verywell


Irritable Bowel
Area of Contraction
Area of Relaxation
Food Bolus

ما هي أعراض القولون العصبي؟
انتفاخ البطن والغازات
الغثيان والقيء وفقدان الشهية
الرغبة المستمرة في دخول الحمام
الشعور بمرارة في الفم
وجود مادة مخاطية في البراز
الشعور بامتلاء المعدة
اضطراب في حركة الأمعاء كالإصابة بالإسهال والإمساك
ألم شديد في البطن وخاصة بعد تناول الطعام

- العلاج Treatment:
  - طمأنة المريض Reassurance أثناء الفحص، فعند البعض قد يكون ذلك كافياً دون الحاجة للعلاج.
  - تعديل نمط الحياة (ممارسة الرياضة مثلاً).
  - إدخال حمية.
  - التدخل النفسي وتعديل المزاج.
  - التدخل الدوائي.

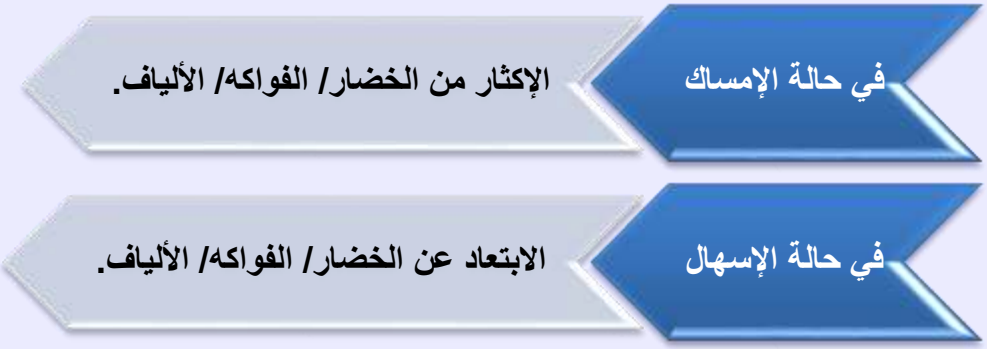
❖ **الحمية التي يجب اتباعها:**

❖ لا يوجد إثبات أكيد أو حاسم لوجود نمط حمية موحَّد (أي أن تنظيم قائمة بالمأكولات التي يجب الابتعاد عتها وإعطاؤها لكل المرضى يُعتبر أمراً خاطئاً)، وهي تختلف من مريض لآخر.....أي أننا نجعل المريض يبتعد عن الأطعمة التي تسبب إزعاجاً له.

❖ يجب تجنُّب أو تقليل الأطعمة والشرابات التالية: اللحم الأحمر، الزيوت والدهون، منتجات الحليب (حتى لو لم يعاني المريض من عدم تحمل اللاكتوز)، الشوكولا الصلبة، الكحول، المشروبات الغازية، المحليات الصنعية (بما فيها السوربيتول الموجود بالعلكة، ومن الممكن تواجده بالمشروبات الغازية).

❖ علاقة الألياف بمتلازمة IBS:

بشكل عام :



❖ العلاج الدوائيّ Pharmaceutical treatment:

1. الاستجابة للأدوية الوهميّة (العلاج بالغُفل) Placebo

تكون بنسبة 30 -70 % (من الصعب الجزم في هذا).

2. المليّنات Laxatives:

لا يوجد تجارب سريرية مثبتة ولم تُجرَ أية تجارب عشوائيّة(Randomized Controlled trial (RCTs ، ولكن توجد فائدة محدودة وتُعطَى بحالة تشنج الكولون مع ميل للإمساك وينصح الإكثار من الخضار والألياف.

3. مضادات الإسهال Antidiarrhoeals:

مثل لوبيراميد Loperamide(حبة مساءً)، وتُعطَى بحالة تشنج الكولون مع ميل للإسهال ويُنصَح بالابتعاد عن الخضار والألياف.

يوجد 4 تجارب سريرية مُثبَتَة أظهرت بعض التأثيرات بتخفيف مضادات الإسهال للألم البطنيّ، ولكن لا توجد تأثيرات على الأعراض العامّة لتشنج الكولون ولا على النفخة.

4. مضادات التشنج Antispasmodics:

أُجرَيت 3 تجارب عشوائية، وكانت الفائدة المرجوّة من مضادات التشنج مشكوك فيها، تعطى لمريض يعاني من المغص، أي أن المعالجة بها تكون عَرَضيّة (حيث أنّ طمأنة المريض وتهدئته تساعدنا في العلاج)، مثل:ميبفيرين (دوسباتالين)وغالباً ما يُشارَك إعطاءها مع مضادات اكتئاب.

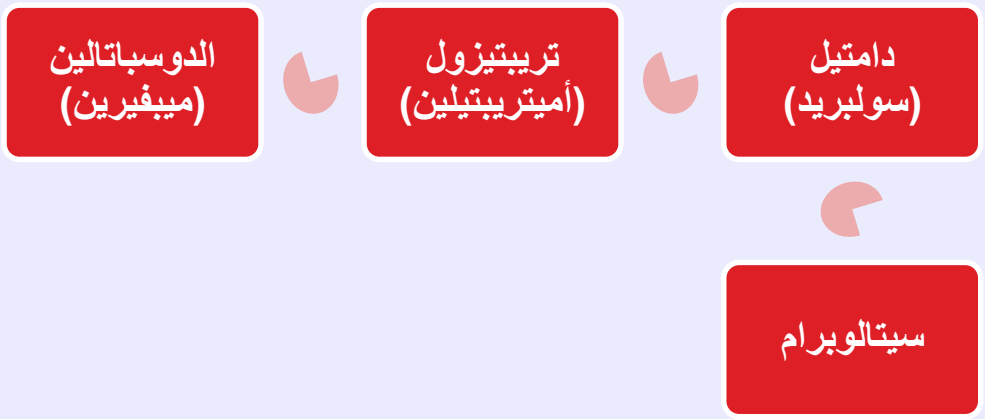
5. مضادات الاكتئاب Antidepressant:

مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة TCADs (أميتريبتلين/تريبتيزول وإيميبرامين)، وهي الأفضل في علاج القولون من النمط D-IBS.

ومثبطات عود التقاط السيروتونين الانتقائية SSRI:

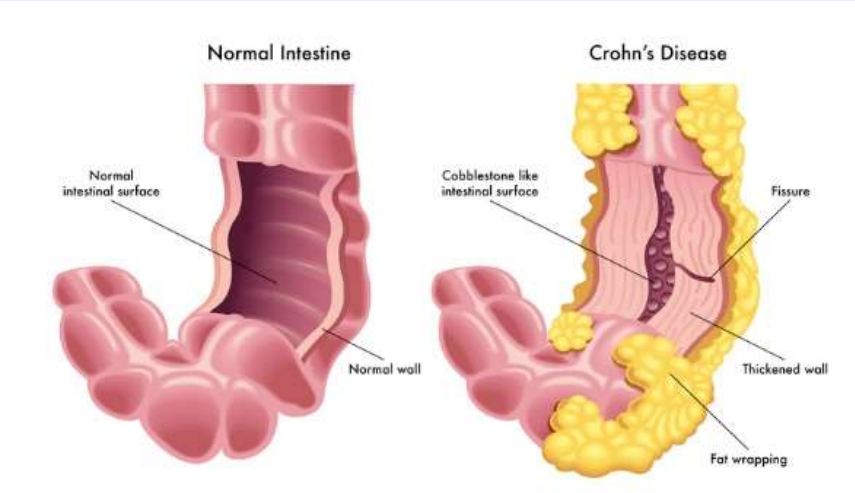
مثل السيتالوبرام، فهي تلعب دوراً في تحسين الألم، النفخة، نوعية الحياة Quality of life (QOL)وهي الأفضل لعلاج القولون من النمط C-IBS، كما أنها من أفضل الأدوية لعلاج الكولون بشكلٍ عام.

- **من أكثر الأدوية استعمالاً بشكل عام:**

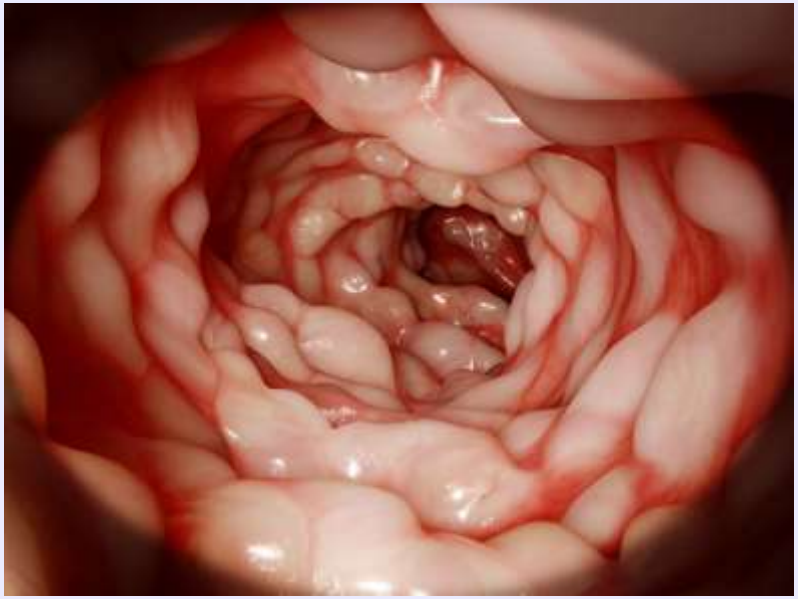


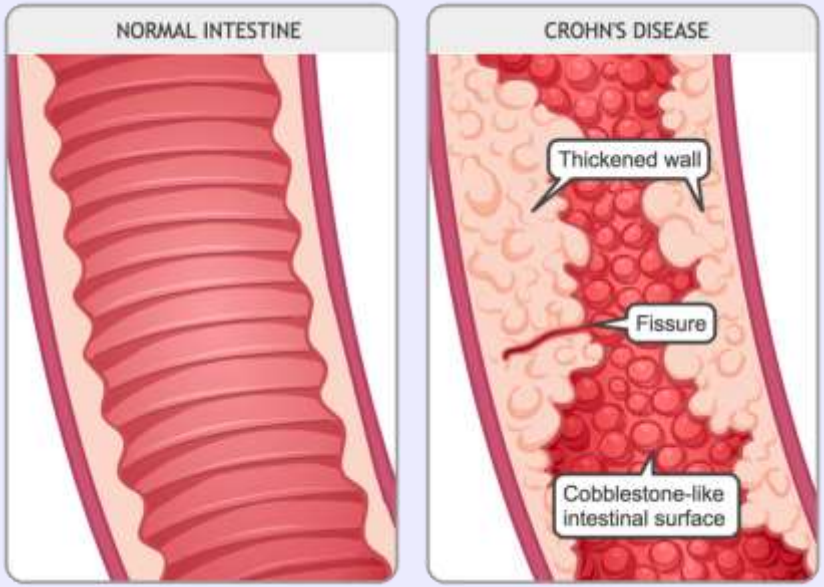
أمراض الأمعاء الالتهابية
Inflammatory Bowel Diseases (IBD)

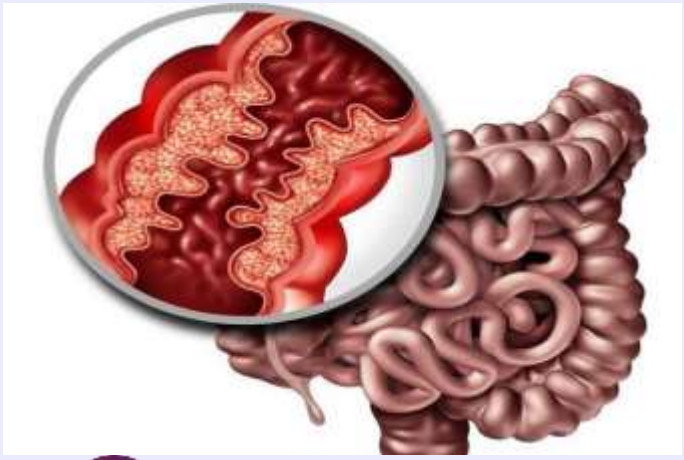
- هي التهابات مزمنة ناكسة (تستمرّ طيلة العمر بشكل هوادات وهجمات لا يُعرَف توقيتها) تصيب الأمعاء الدقيقة والقولون.
- مجهولة السبب، ولكن قد تلعب العوامل البيئية، الاستعداد الجيني، والعوامل المناعية الذاتية دوراً في حدوثها (أي أنها تُعتَبَر من أمراض المناعة الذاتية).
- وهي عبارة عن داءين متشابهين نوعاً ما. وهما :
  - داء كرون Crohn's Disease
  - التهاب الكولون القرحي.Ulcerative Colitis

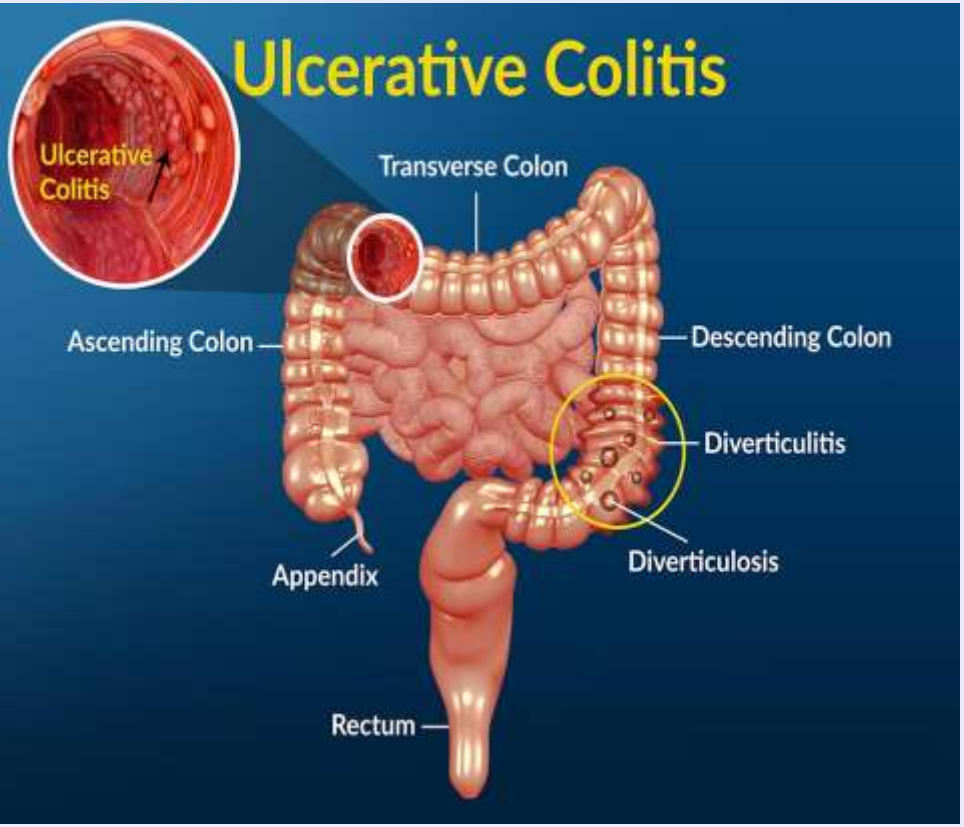


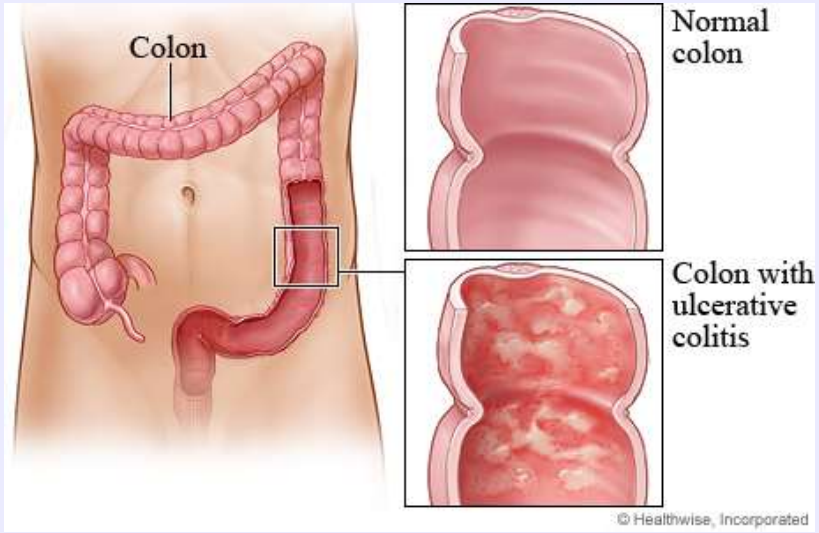
داء كرون	التهاب الكولون القرحي
▪ يصيب أي منطقة من الأنبوب الهضمي، من الفم حتى الشرج (والمنطقة حول الشرج مسبباً النواسير) أي أنه يصيب كامل الأنبوب الهضميّ (يظهر بشكل قلاعٍ فموي مثلاً). ▪ يصيب كل طبقات الجدار (التقرحات عميقة)، أنه يصيب: • الغشاء المخاطي. • الطبقة تحت المخاطيّة. • الطبقة العضليّة. • الطبقة المصليّة.	▪ يصيب الكولون فقط ودائماً المستقيم (أكثر من 90% من الحالات تصيب المستقيم). ▪ يصيب المخاطية فقط (التقرحات سطحية شديدة مع احمرار).
يتوضّع في منطقة الدقاق أواللفائفيّ بشكل خاص (المنطقة النهائيّة من الأمعاء الدقيقة) وكان يُسمَّى التهاب الدقاق المنطقيّ أو الناحيّ	لايصيب الأمعاء الدقيقة
▪ أعراضه: ᘓ ألم بطني، بسبب حصول تضيُّقات. ᘓ إسهال (نادراً ما يترافق مع دم). ᘓ فقر دم: يمكن أن ينتج فقر الدم عن الإسهالات المزمنة والتقرُّحات النازفة بسبب ضياع البروتينات والضياع الدموي. ᘓ ألم في الحفرة الحرقفيّة اليُمنى.	▪ أعراضه: ᘓ إسهال مخاطي مدمَّى، وأحياناً يكون إسهال مزمن بدون دم. ᘓ يترافق أحياناً مع فقر دم.
يمكن أن يصيب منطقة ويعفوعن منطقة (أي يصيب عدّة أماكن متفرّقة غير متّصلة في الجهاز الهضميّ).	ᘓ يمكن أن يصيب منطقة محدّدة من القولون، ويمكن أن يشمل كلّ القولون.




NORMAL INTESTINE
CROHN'S DISEASE
Thickened wall
Fissure
Cobblestone-like intestinal surface







DR.W.Alhalkie

ملاحظة 1:

خروج دم مع البراز لا يعني التهاب كولون قرحي فقط، حيث يوجد عدد كبير من الأمراض لها نفس العَرَض

ملاحظة 2:

من الممكن أن يختلط داء كرون بحدوث قرحات عميقة، وتضيقات وخراجات ونواسير (تظاهرات بمنطقة العجان حول الشرج).

❖ ما الفرق بين البواسير والنواسير:

- البواسير: هي توسع الأوردة الباسورية (الشرجية)، بالإضافة لانتفاخها وتورُّمها.
- النواسير: هي وجود تظاهرات نازّة للقيح حول منطقة الشرج، وتكون بشكل فتحة صغيرة.

❖ التشخيص Diagnosis:

من الممكن أن تفيدنا الأعراض في كثيرٍ من الأحيان، لكن ينبغي علينا أيضاً اتخاذ إجراءاتٍ أخرى:

- كالتنظير
- وأخذ الخزعات...

وبشكلٍ عام:

- التهاب القولون القرحي: يتظاهر بشكل مخاطيّة محمرَّة قليلاً مع تقرُّحات، لا يوجد أوعية.
- داء كرون: قرحات وشقوق عميقة تشمل كامل سماكة الجدار، مخاطيّة متوذمة، القرحات تكون بشكل حجارة الرصيف.
- ولكن حوالي 20% من الحالات يصعب التمييز فيها إذا كانت التهاب قولون قرحي أم داء كرون.

❖ التدبير Management:

أقدم الأدوية المستخدمة وأكثرها استخداماً، هي مركّبات5-أمينو حمض الصفصاف (5-Amino Salicylic Acid)، وهي المشتقّ الصافي (المستقلَب) من السلفاسالازين والخطّ العلاجيّ الأوّل ،تُستَخدم:

- موضعيّاً (كتحاميل في حال وجود إصابة بالمستقيم لمسافة 10-20 سم أعلى فتحة الشرج.
- حقن شرجيّة في حال كانت الإصابة أطول أي 40 سم.
- وإن لم يستفد المريض نبدأ بالمعالجة الفمويّة(مثل الميزاكول).
- وخاصّةً في حالة التهاب الكولون القرحي لأنه يصيب المستقيم بشكل خاص.

لكن تجب مراقبة كرياتين الكلية لأنّ 5ASA قد يسبّب التهاب كلية خلاليّاً.

❖ السلفاسالازين Sulfasalazine:

تفيد في حال وجود أعراض خارج هضميّة، كآلام أسفل الظهر.
مركبات السلفاسالازين تختلف عن مركبات السلفا التي نعرفها، والتي تُصنَّف كصادات حيوية، هذه المركبات من مشتقات حمض الصفصاف ومنها السالازوبرين.

❖ الستيروئيدات القشرية Prednisone:

- نستخدمها في حال الإصابة الشديدة، حيث نلاحظ بالتنظير وجود قرحات متعددة.
- نبدأ بجرعات عالية (1 ملغ لكل 1 كغ من وزن الجسم من الـ Prednisoloneمثلاً).
- نستخدمها بشكل وريدي في الحالات الشديدة أو فموي ثم نخفّض الجرعة بشكلٍ تدريجي

❖ **Azathioprine:**

اسمه التجاري إميورانImuran وهو من مثبِّطات المناعة، ويحتاج لمراقبة الكريات البيضاء بسبب تثبيطه لنقي العظام كأثرٍ جانبيٍّ له. يُعطَى في حالتان:

← في حال كان المريض معنَّدا على الستيروئيدات القشريّة (أي لديه هجمة شديدة ولم يستفد من الستيروئيدات).

←أو في حال كان المريض معتمداً على الستيروئيدات وأردنا تقليل كمية أو جرعة الكورتيزون اللازمة للمريض.

❖ **الأدوية البيولوجيّةBiologic drugs:**

✓ في البداية تم استخدام هذه الأدوية لعلاج داء كرون ثم استُخدِمَت لعلاج التهاب القولون التقرُّحي، وأحياناً تُستَخدم لعلاج النواسير حول الشرج، وتترافق أحياناً مع الآزاثيوبرين في هذه الحالة.

✓ أما حالياً فهي تُستَخدَم كخط علاجي أخير، حيثُ تُعطَى وريدياً أو تحت الجلد، مثل:

Infliximab (Remicade®)← بشكل وريدي: وهو مضادّ لعامل التنخّرالورميّ ألفا TNF-α.

Adalimumab (Humera®)← ويُستَخدم تحت الجلد.

❖ **المعالجة الجراحية : Surgical treatment**

يتم اللجوء إلى الجراحة في الحالات المعندة أو في حال حدوث اختلاطات (تضيق – نزف غزير – ناسور معند – خراجات)

❖ **بروتوكول المعالجة:**

- 5ASAأخف الأدوية و خط العلاج الأول.
- ستيروئيدات قشرية في حال الهجمة الشديدة.
- آزاتيوبيرين في حال التعنيد على ال5ASA والستيروئيدات.
- المعالجة البيولوجية.
- المعالجة الجراحية.

بشكلٍ عام لا يوجد علاج نهائي لهذه الأمراض لأنها أمراض مناعية ذاتية والهدف من المعالجة هو إيصال المرض إلى أخفِّ حالاته وتهدئة المريض.

الداء الزلاقيّ Celiac diseas

❑ تعريف Definition:

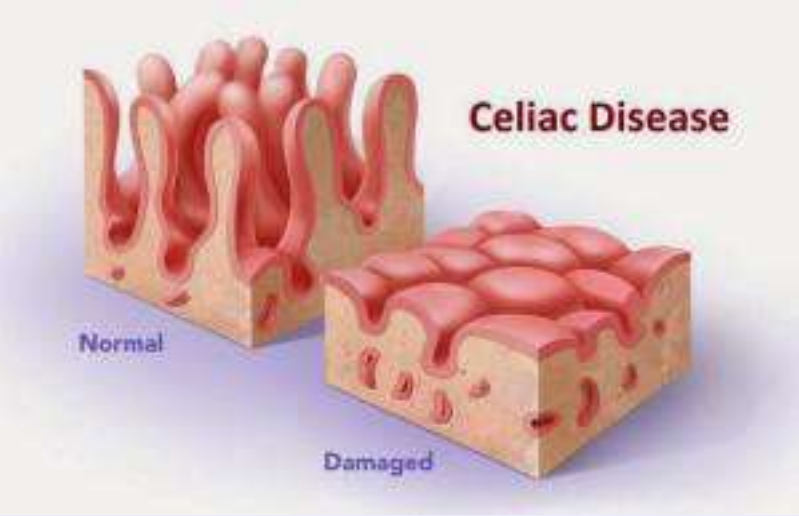
❖ الداء الزلاقيّ هو اعتلال معويّ متواسَط بالمناعة يحدث بسبب حساسية دائمة للغلوتين لدى أفراد مستعدّين وراثيّاً(الاستعداد الوراثي لدى الأشخاص موجبي النمطين DQ8, DQ2 في المصل)، ويؤدي إلى أعراض مختلفة نتيجة سوء الامتصاص.

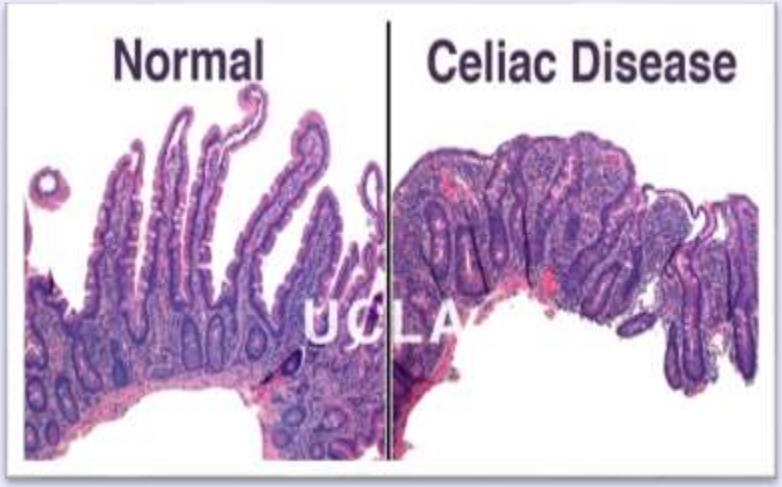
❖ يؤدي الداء الزلاقي إلى ضمور وتسطُّح في الزغابات المعوية وبالتالي سوء امتصاص.

❖ زغابات طبيعية Normal villi ← Absorbtion .

❖ زغابات مُسطّحة Flattened villi ← Malabsorbtion.

ليس كل سوء امتصاص هو داء زلاقي...بل الداء الزلاقي هو أحد أمراض سوء الامتصاص.





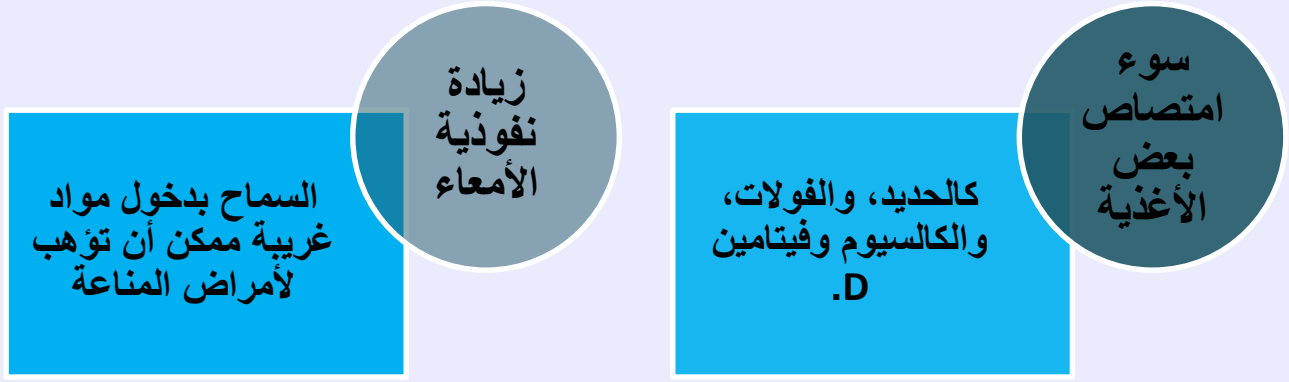
- **مم يتكون القمح؟؟**
  - يتركب بشكل أساسي من النشاء، كما يدخل في تركيبه الغلوتين المكوَّن من غلوتينين وغلايدين.
  - تدعى بعض المناطق من الغلايدين Gliadin المُعرَّفة جيداً بالببتيدات المقاومة لعملية الهضم التي تحصل في الأمعاء.

يتواجد الغلوتين في كل مكان، فهو يتواجد في:

الغلوتين هو المسؤول عن طراوة الخبز.

❑ الفيزيزلوجيا المرضية Pathophysiology:

يسبب الغلوتين



أي أن الداء الزلاقي هو:

❑ الداء الزلاقي بين قرنين:

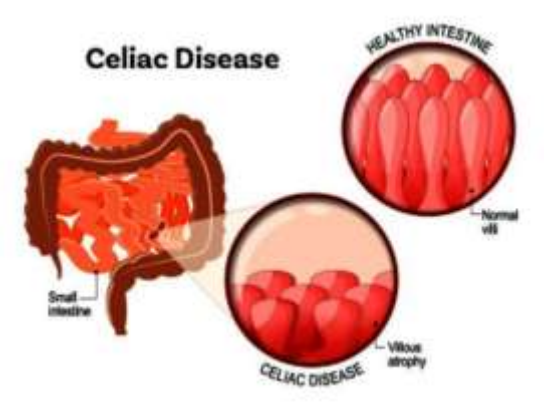
القرن 20	القرن 21
مرض هضمي.	مرض مناعي ذاتي.
تظاهرات هضمية.	تظاهرات جهازية.
يصيب الأطفال.	جميع الأعمار.

•ملاحظات :

•نلاحظ أنّ نصف المصابين بالداء الزلاقي طبيعيي الوزن، ونسبة قليلة بدينين وزائدي الوزن.

•رغم اعتبار الداء الزلاقيّ أحد أمراض سوء الامتصاص فإنّ انتشاره بين البشر منخفضي الوزن لا يتعدّى ثلث الحالات.

بالتالي لا يقتضي الداء الزلاقي أن يكون المصاب به نحيفا، كما أن شهية المصاب قد تكون زائدة أو قليلة.



الجبل الجليدي للداء الزلاقي:

- ينقسم الداء الزلاقيّ إلى عرضيّ وصامت وكامن.
- تظهر الأعراض السريريّة في العرَضيّ وتختفي في الصامت والكامن.
- أمّا الأذيّة في الأمعاء فتوجد في العرَضيّ والصامت، وتغيب في الكامن

❑ التظاهرات السريرية Clinical manifestation:

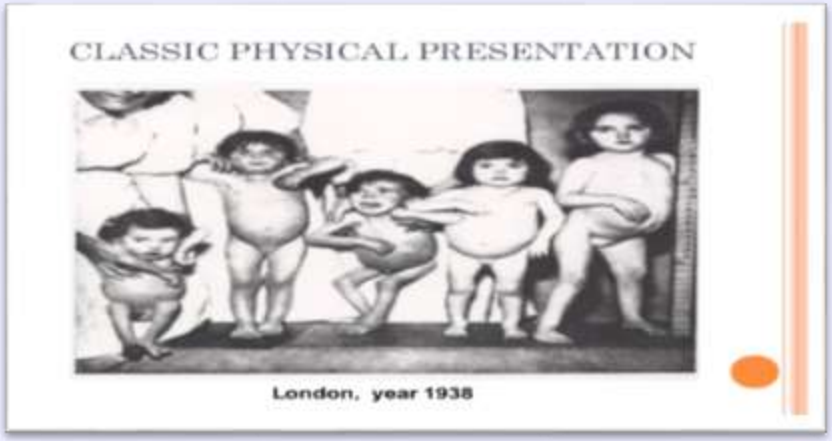
	الزغابات المعوية	الفحوص المخبرية	أعراض وتظاهرات سريرية
الكامن	طبيعية	(+) إيجابية	(-) لا يوجد
الصامت	متأذية		
العَرَضيّ (السريري)			(+) يوجد

أولاً: الداء الزلاقي العرضي السريري

1. تظاهرات هضمية:

يوضّح الشكل الآتي الأعراض الهضميّة (الأعراض الكلاسيكيّة) للداء الزلاقيّ، ونسبة حدوثها لدى المرضى، وهي بالترتيب:

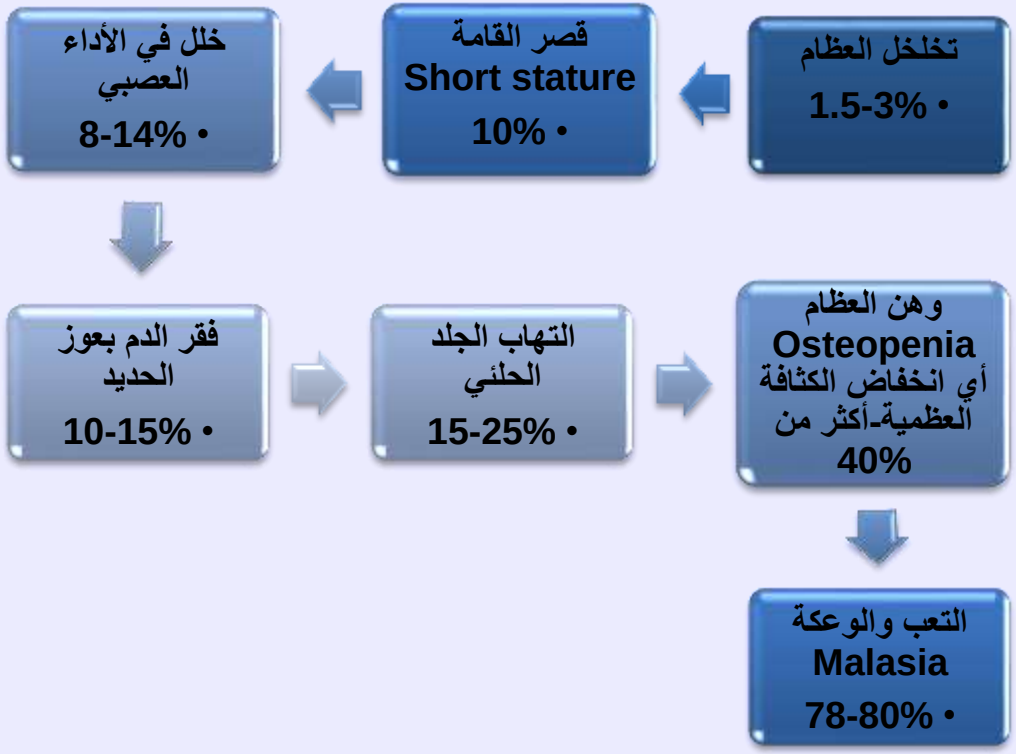
العرَض الكلاسيكي	نسبة حدوثه لدى المرضى
الإقياء	%16-5
الإمساك	%18-12
انخفاض الوزن	%45
الألم البطني وتطبُّل البطن Bloating	%64-34
التعب	%80-78
الإسهال المزمن	%85-45



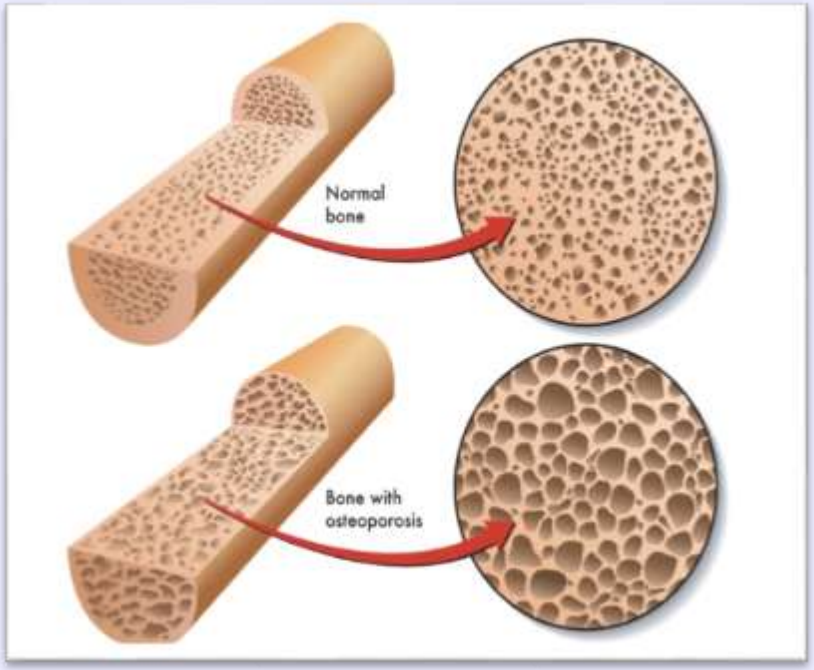
- يكون الإسهال في الداء الزلاقيّ دهنيّاً، كبير الكمّيّة وكريه الرائحة ولمّاعاً، ويلاحظ المريض أنّه يطفو لدى صبّ الماء فوقه بسبب الدهن الذي يغلّفه.
- يمكن أن يُشاهَد الأطفالُ المرضى بالداء الزلاقيّ العرضيّون ببطون منتفخة (بطن عجيني) وجسم نحيل، بالإضافة إلى أنّ أهداب جفونهم تكون طويلة.

2. تظاهرات غير هضمية:

إن الأعراض الغير هضمية هي المهيمنة في الداء الزلاقي حتى أن هذا المرض يُدعى بالمقلد الأكبر The great imitator
لذلك يُسمَّى هذا المرض بمرض الحرباء Chameleon.
ويوضّح الشكل الآتي الأعراض غير الهضميّة (الأعراض غير النمطيّة) للداء الزلاقيّ، ونسبة حدوثها لدى المرضى:



أشيع الأعراض غير الهضمية هو التعب والوعكة (الدعث أو الفتور)



Low bone (نقص كثافة عظمية (تخلخل عظام density (Osteoporosis):

dental enamel defects عيوب مينا الأسنان:

❑ **قصر القامة/ تأخر سن البلوغ delayed puberty / short stature:**

•10% من الأطفال والمراهقين قصار القامة مصابين بالداء الزلاقي.

الطفل القصير القامة بسبب الداء الزلاقي إذا خضع لحمية فمن الممكن أن يعاود نمو ه من جديد شرط ألا يكون قد تقدّم كثيراً بالعمر وتعظَّمت عظامه بشكلٍ كامل فلم تعد قابلة للاستطالة، كما يمكن أن يتحسن تحصيله الدراسي.

❑ **تأخر حدوث الحيض:** يعتبر من الشائع عند الفتيات المراهقات المصابات بالداء الزلاقي وغير المعالجات، كما يمكن أن يسبب انقطاع بالطمث. كل ذلك يترافق مع عدم تحصيل دراسي وتدني بالعلامات المدرسية.

❑ **فقر الدم Anemia:**

•يعتبر أشيع التظاهرات خارج الهضمية للداء الزلاقي عند البالغين والمراهقين.

•8-5 % من البالغين المصابين بفقر دم بعوز الحديد مصابين بالداء الزلاقي.

عند الأطفال المشخَّص عندهم الداء الزلاقي حديثاً يكون فقر الدم شائع جداً لديهم.

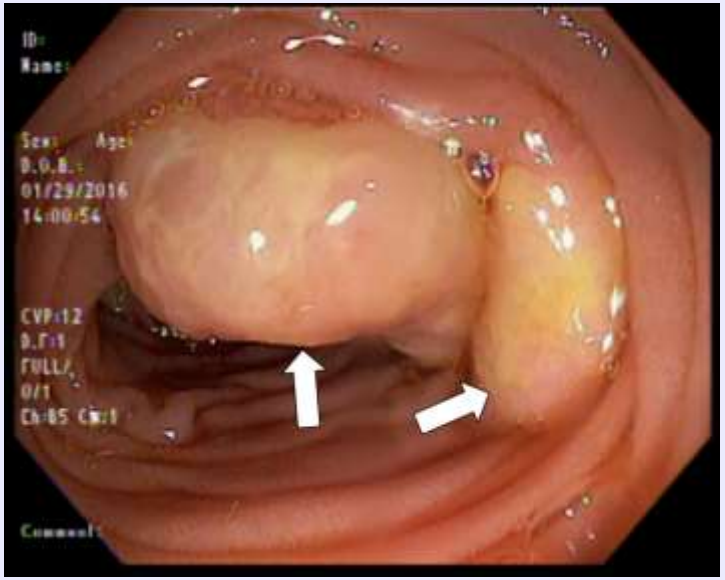
وعند الأطفال الذين يعانون من فقر الدم فقط يكون الداء الزلاقي لديهم غير متكرر الحدوث.

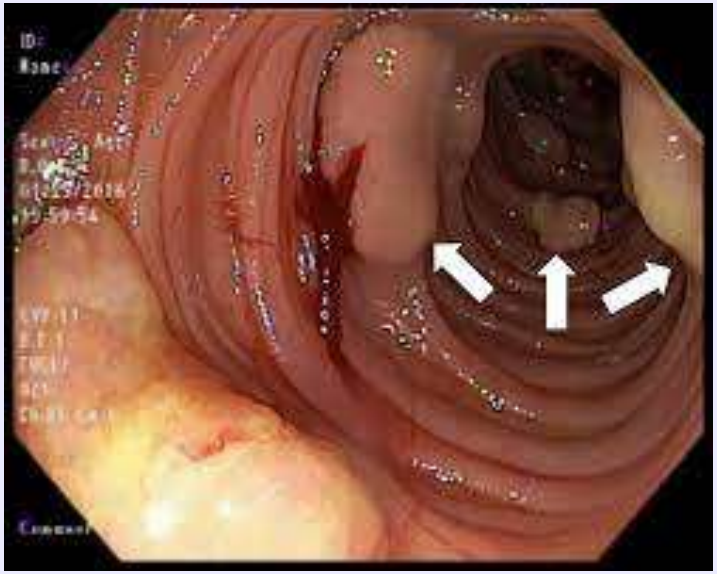
•بشكلٍ عام كل داء زلاقي يترافق غالباً مع فقر الدم ولكن ليس كل فقر دم يترافق مع داء زلاقي.

ثانياً:الداء الزلاقي غير العرضي:

إما أن يكون صامت أو كامن.

- مضاعفات الداء الزلاقي Complication of celiac diseas
  - الداء الزلاقيّ المعنّد Refractory celiac disease والاضطرابات المتعلّقة به (حيث تبقى أعراض الداء الزلاقيّ رغم اتّباع المريض للحمية).
  - اللمفوما المعوية Intestinal lymphoma.
  - السرطان الغدي Adenocarcinoma.





- **التشخيص Diagnosis:**

ويتم بما يلي:

- الاختبارات المصلية.
- خزعات معوية (عفجية).

1.الفحص المخبري -الفحوص المصلية:

نوع الأضداد	ملاحظات
أضداد Antigliadine (AGA)	تمَّ إهماله بسبب عدم دقته.
أضداد Antiendomysial (EMA).	من الممكن استخدامه عند الصغار.
Anti-tissue transglutaminase antibodies (TTG)	وهو الأشيع وتصل حساسيته 90%
Deamidated gliadin peptide antibodies (DGP)	أضداد ببتيد الغلايدين منزوعة الأميد
HLA تنميط لل HLA typing	نقوم به في حالة الشك وحساسيته عالية.

- أضداد Antiendomysial (EMA): ضد غمد الليف العضلي EMA وهي أضداد يطوّرها الجسم استجابة للتأذّي المستمرّ الذي تتعرّض له بطانة الأمعاء، وهي أضداد توجد لدى 100 % من مرضى الداء الزلاقيّ، ولدى 70 % من مرضى التهاب الجلد الحلئيّ، لكنّ إجراء اختبار فحص هذه الأضداد صعب لذلك فهو قليل الاستخدام.
- Anti-tissue transglutaminase antibodies (TTG): اختبار كشف الأضداد ضدّ أنزيم الترانس غلوتاميناز النسيجيّ TTG هو الاختبار الأساسيّ للكشف عن الداء الزلاقيّ، وهو الأكثر حساسية ونوعيّة.
- أضداد ببتيد الغليادين منزوع الأمين DGP قد تكون إيجابيّة لدى بعض المرضى الأطفال دون السنتين من العمر الذين كان اختبار TTG لديهم سلبيّا ، لذا فإنّه ينصح أن يطلب مع اختبار TTG.

Specificity	Sensitivity	Test
%100-97	%98-85	IgA Endomysial antibody (indirect IF)
%97-94	%98-90	IgA Tissue transglutaminase
%99	%94	Deamidated gliadin peptide antibodies (DGP)

2- خزعات العفج Biopsy of duodenum:

- المعيار الذهبي للتشخيص.
- تؤخذ الخزعة للتشريح المرضي ويتم تصنيفها.
- تفيد خزعة العفج في تشخيص الداء الزلاقيّ.
- يتمُّ عادة أخذ حوالي 4 إلى 6 خزعات من القسم الثاني من العفج.
- دراسات أخيرة تقول بوجوب أخذ خزعات من البصلة أيضاً.
- تتميّز الخزعة بثلاث سمات هي:

- **المظهر التنظيري:**

يُبدي الداء الزلاقيّ تسنُّن في الحواف (للغشاء المخاطي) وذات مظهر موزاييكيّ.

- تصنيف مارش March's classification
- يُعتَمد تصنيف مارش لتحديد مدى تأثر الأمعاء الدقيقة بالداء الزلاقي، وله 3 درجات.

March 1 الدرجة الأولى:

زيادة الخلايا اللمفاوية بالبشرة intraepithelial lymphocytes حيث نلاحظ وجود رشاحة لمفاوية داخل الزغابات وبداية ضمور الغشاء المخاطي.

March 2 الدرجة الثانية:

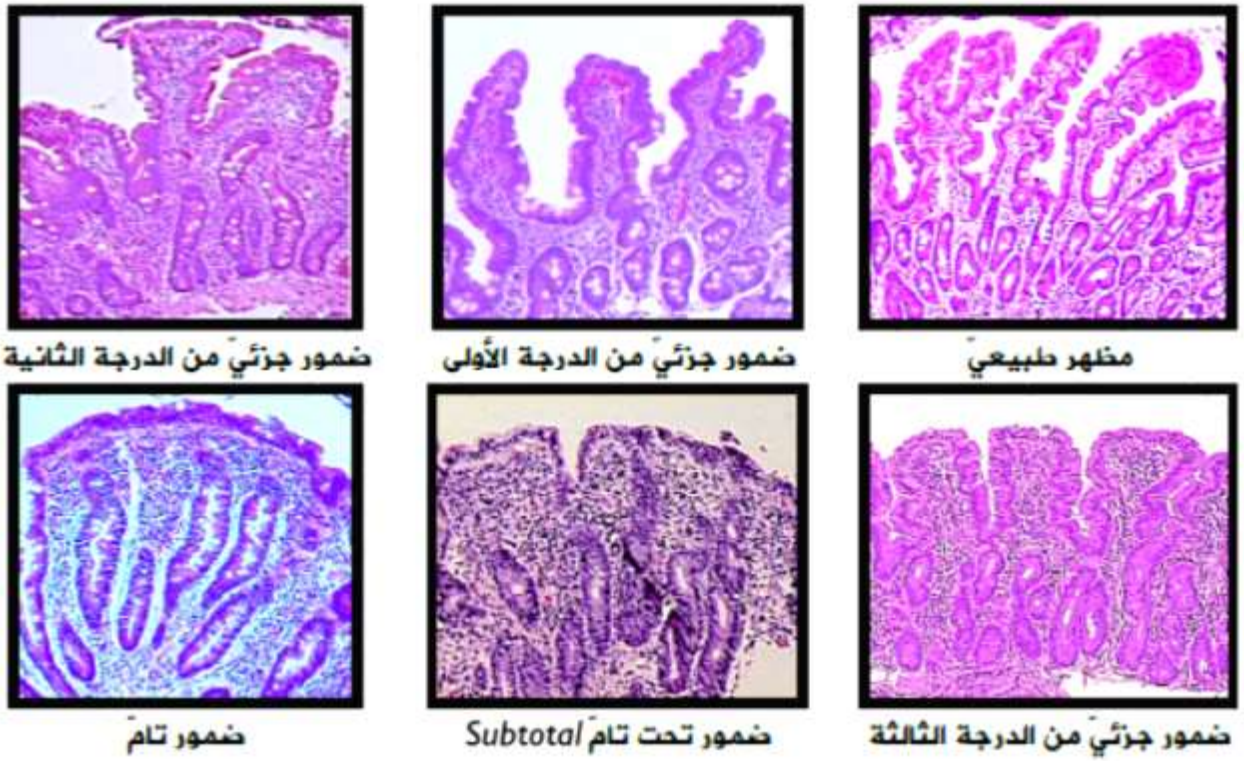
فرط تصنُّع (تنسُّج) crypt hyperplasil الخُبَيئات (الغدد العميقة في الأمعاء).

March 3 الدرجة الثالثة:

وتُقسَم الدرجة الثالثة إلى a,b,c، ويحدث فيها ضمور كامل بالزغابات المعوية villous atrophy.

إذا كان الفحص النسيجي ضمن تصنيف مارش Marsh 3 فالمريض يعاني غالباً من الداء الزلاقي حتى لو كانت الأضداد سلبية (وخاصة إذا كان من النمط 3c)

ويظهر الشكل الآتيّ صوراً نسيجيّة للزغابات المعويّة في الداء الزلاقيّ:



❑ علاج الداء الزلاقي Treatment of celiac diseas

العلاج الوحيد للداء الزلاقيّ هو اتّباع حمية خالية من الغلوتين Gluten-free diet (GFD)، ويجب أن تكون هذه الحمية صارمة ومُستَمَرَّاً بها مدى الحياة، لكنّ هذه الحمية يجب ألا ينصح بها إلا إذا تمّ تشخيص الداء الزلاقيّ بشكل تامّ وحاسم،

يُنصح مرضى الداء الزلاقيّ بقراءة مكوّنات كلّ مادّة غذائيّة قبل شرائها والتأكّد من خلوّها من الغلوتين أو القمح

❑ استجابة المرضى للحمية الخالية من الغلوتين:

1. **تتحسن الأعراض عند 70% من المرضى خلال أسبوعين.**
2. **تتحسن نفوذية الأمعاء خلال شهرين.**
3. **تحتاج الأنسجة المعوية المتأذية من 3 إلى 6 أشهر لتتحسن بعد اتباع الحمية، ويمكن أن تبقى الأنسجة غير مكتملة.**
4. **كما أن الاستجابة للحمية تختلف بين مريض وآخر.**

❖ **خلاصة Conclusion :**

- الداء الزلاقي مرض شائع.
- غير مكتَشَف لدى مرضاه بشكل واسع.
- تقصِّي الحالة في الداء الزلاقي يجب أن يكون مكثفاً.
- يجب أن تكون الحمية مدى الحياة.
- يجب تثقيف المريض عن مرضه ليعرف كيفية التعامل معه وتجنُّب ما يؤذيه.
- يجب أن يترافق العلاج مع التواصل مع أخصائية تغذية ومع فريق طبي متعدد التخصصات.
- يجب أن تتمَّ متابعة المريض مدى الحياة كأن نقوم مثلاً بتكرار الفحوص والخزعة كل 6 أشهر أو كل سنة.
- **ويتمّ تأكيد الإصابة بالداء الزلاقي في حال:**

➢ وجود أيٍّ من الأعراض.
➢ النمط المصلي إيجابي (غير طبيعي).
➢ ضرر في الأمعاء الدقيقة المعوية وخاصة إذا كان Marsh III.

- ويتحسّن المريض خلال سنة بعد اتباع حمية خالية من الغلوتين GFD.

المعثكلة (البنكرياس) Pancreas

تشريحياً Anatomy :- تتكون من أقسام : الرأس – العنق – الجسم – الذيل

-يقع الرأس داخل تقعير العفج – و يمتد الجسم و الذيل نحو الجهة اليسرى امام العمود الفقري يوجد :

- خلف العنق وريد الباب
- و خلف الجسم الشريان الطحالي

- يقع الذيل خلف المعدة ويلامس سرة الطحال

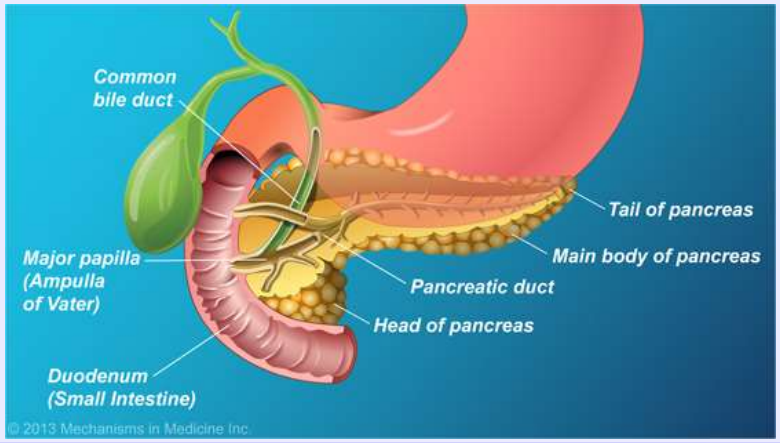
- تتشكل في المعثكلة قناة تبدأ في الذيل و تتجه نحو اليمين حيث تصب في مكان انصباب قناة الصفراء في القسم الثاني من العفج (الحليمة العفجية) .

➢يوجد قناة بنكرياسية رئيسية تمتد منها قنوات ثانوية.

➢تلتقي القناة البنكرياسية الرئيسة مع القناة الجامعة ليشكلا الحُليمة الكبرى، ويتمُّ الالتقاء في الاثني عشر من خلال مجل فاتر الذي تحيطُ به مصرة أودي Oddi's sphincter.

إذاً: الحُليمة الكُبرى أو مجل فاتر ampulla of Vater:

هو مكان التقاء القناة البنكرياسية بالقناة الجامعة، ونستطيع أن نصل إليه من خلال تنظير ERCP.



فيزيولوجياً Physiology:

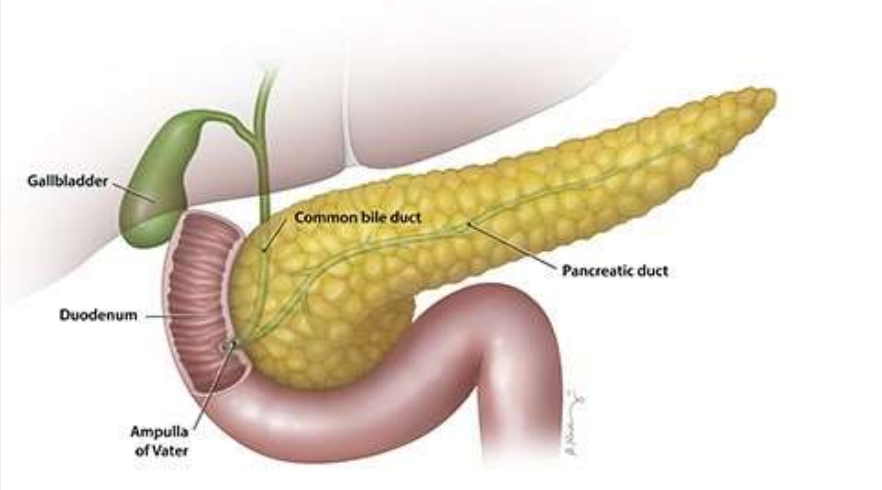
- غدة داخلية وخارجية الافراز(مختلطة) -لونها أبيض رمادي -ذات قوام متين تنتج أنزيمات هاضمة وهرمونات.
- تغطى بمحفظة من نسيج ضام ترسل حواجز تقسم البنكرياس الى فصيصات بنكرياسية.

❑يتألف الجزء خارجي الافراز في البنكرياس من غدد عنبية مركبة Compound Acinar glands مشابهة في تركيبها الغدة النكفية

- تفرز الغدد خارجية الافراز يومياً سائل يقدر بنحو 1.5 – 2 لتر غني بشوارد البيكرونات HCO3 والانزيمات الهاضمة التالية:
  - ❖مولد التربسين
  - ❖مولد كيموتربسين
  - ❖اميلازα
  - ❖الليبازات

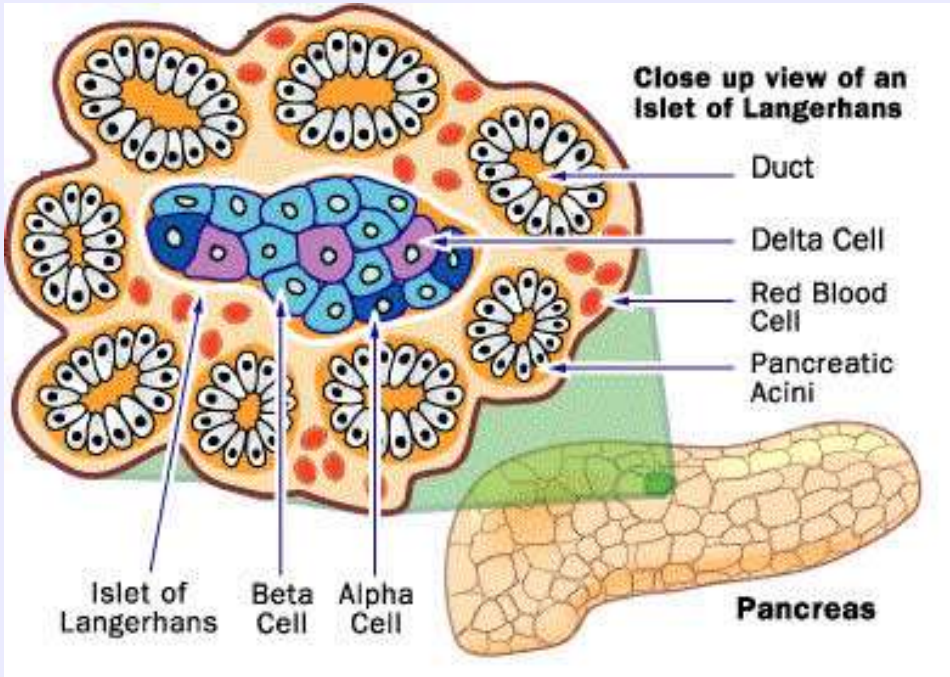
❖ ملاحظة: الأميلاز يُفرَز من أماكن أخرى أيضاً، أما الليباز فهو يُفرَز من البنكرياس حصراً.

❑بينما يتألف الجزء الداخلي الإفراز من خلايا ظهارية صماوية تعرف بالجزر البنكرياسية أو جزر لانغرهانس Langerhans islets



يمكن تمييز ودراسة خلايا الجزر البنكرياسية المفرزة للهرمونات بسهولة بتقنية المناعة الكيميائية النسيجية وهي ثلاثة أنواع :

- خلايا αأو A تفرز بشكل اساسي الغلوكاكون وتتوضع عادةً في محيط الجزيرة ونسبتها 20% .
- خلايا β أو B تفرز الانسولين وتتوضع عادة في مركز محيط الجزيرة ومن اكثر الأنواع عدداً بنسبتها 70%.
- خلايا δأو D تفرز السوماتوستاتين وهي مبعثرة وقليلة العدد , نسبتها 5-10%



الفيزيولوجيا المرضية Pathophysiology:

- **في الحالة الطبيعيّة:**

تفرِز الخلايا البنكرياسيّة التربسينوجين في القناة البنكرياسيّة←
ينتقل التربسينوجين إلى الأمعاء ويتحوّل ضمنها إلى تربسين والذي يقوم بهضم البروتينات.
يوجد في الأمعاء بروتين مسؤول عن تحويل التربسينوجين إلى تربسين، وهو SPINK1، وله عدة تسميات.
SPINK1→Serine Protease Inhibitor Kazal-type 1.
PSTI→Pancreatic Secretory Trypsin Inhibitor.
TATI→Tumor-Associated Trypsin Inhibitor.

- **في الحالة الالتهابية:**

الحالة الأولى: تحدث طفرة في جين ال SPINK1←يتحول التريبسينوجين إلى تريبسين ضمن البنكرياس←تفعيل غير مضبوط للتربسين وتحديداً في الخلايا العُنيبيّة Acinar cells← هضم ذاتي للغدة البنكرياسية وحدوث التهاب موضعي.
الحالة الثانية: يمكن أن يكون الالتهاب ناتجاً عن حدوث انسداد في القناة البنكرياسية (بسبب ارتفاع الضغط داخل القناة الذي يفعِّل تحول التربسينوجين إلى تربسين).(بسبب ارتفاع الضغط داخل القناة الذي يفعِّل تحول التربسينوجين إلى تربسين).

التهاب البنكرياس الحاد Acute Pancreatitis

❖ الأسباب Causes:

➢ الحصيّات الصفراويّة Gall stones ضمن المرارة والطرق الصفراويّة:

وهي السبب الرئيسي والأهمّ لهذا المرض، حيث تنتقل الحصيّات من المرارة ←القناة الجامعة ←مجل فاتر (حيث اجتماع القناتين الجامعة والبنكرياسية) ← انسداد القناة البنكرياسية وارتفاع الضغط داخلها ← التهاب.

تشكّل الحصيّات حوالي 50-60% من الأسباب بشكلٍ عام.

إلّا أنها تُعدُّ السبب الأشيع والأهم في بلادنا، وتصل نسبتها حتى 50-60%.

➢ فرط كلس الدم Hypercalcemia : وغالباً ينجم عن فرط جارات الدرق.

➢ فرط شحوم الدم Hyperlipemiaوليس الكوليسترول، بل المقصود بها هو ارتفاع الشحوم الثلاثية.

جميع الأسباب السابقة تعد شائعة في بلادنا.

➢ الكحول:

قد يحرِّض تحوّل التربسينوجين إلى تربسين،ويشكّل حوالي 20-30% من أسباب الالتهاب بشكلٍ عام.

إلا أنه يُعدُّ السبب الأشيع عند الغرب وتصل نسبته إلى 50%،مع التأكيد على أهمّيّة الكمّيّة المتناولة.

بشكلٍ عام تشكل الحصى المرارية والكحول مع بعضهما 80% من أسباب التهاب البنكرياس (أول سبب للالتهاب هو الحصى المرارية ثم يليه الكحول).

➢ الأورام: كل التهاب بنكرياسي ليس بسبب الكحول أو الحصى المراريّة يمكن أن يكون ناتجاً عن ورم بنسبة 5%.

➢ الرضوض: كضربة قوية على المنطقة الشرسوفية.

➢ أسباب خمجية:

✓ كالنكافMumps: وهو أكثر الفيروسات المسببة للالتهاب.

✓ أمراض فيروسية أخرى مثل EBV-CMV.

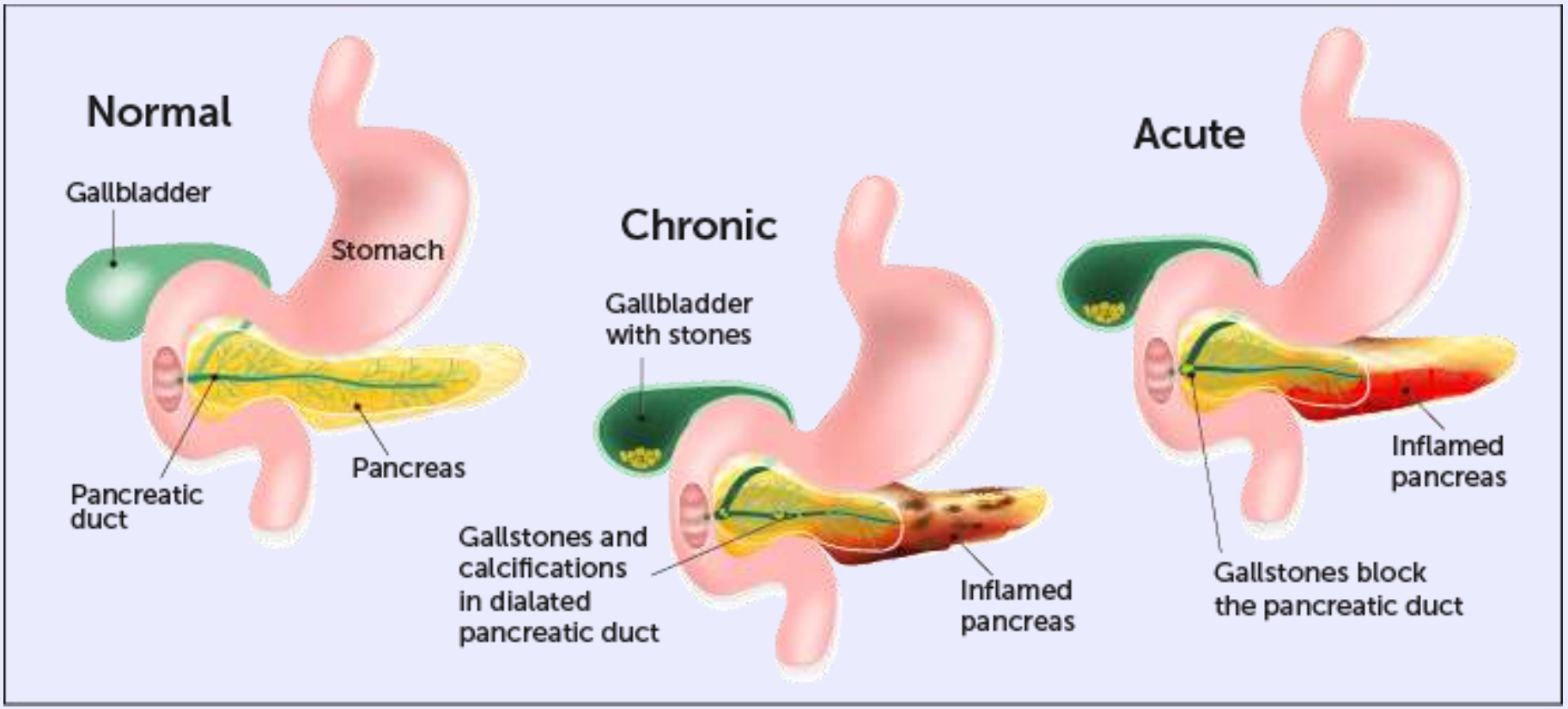
- **أسباب مناعية:**
  - ✓ مرض الذئبة الحماميّة (مرض مناعي ذاتي) (Systemic Lupus Erythematous (SLE.
  - ✓ التهاب الشرايين العقدي Polyarteritis nodosa.

وأحياناً قد تنتج عن لدغة أفعى أو عقرب.

- **ERCP:** فحص تصوير القناة الصفراوية، يتم إدخال سلك نحو مجل فاتر لقسطرة القناة الجامعة مما يسبب تخريشاً للقناة البنكرياسية، و يسبب التهاب بنكرياس عند 5% من المرضى .
- **الأدوية:** من أشيع الأدوية التي قد تسبب التهاب البنكرياس:

- **مجهول السبب:**

في السابق غالباً ماكان يشخص بمجهول السبب، أما الآن مع التقدُّم التقني فإن 90% من الحالات يُعرَف سببها.


Normal
Gallbladder
Stomach
Pancreatic duct
Pancreas
Chronic
Gallbladder with stones
Gallstones and calcifications in dialated pancreatic duct
Inflamed pancreas
Acute
Inflamed pancreas
Gallstones block the pancreatic duct

❖ التشخيص Diagnosis :

الأعراض (التشخيص اعتماداً على القصة السريرية):

✓ ألم (شرسوفي أو مراقي أيمن)حادّ مفاجئ مستمرّ وشديد، مترافق مع غثيان وإقياء.

✓ قد يستمرُّ لساعات ← عدة أيام.

✓ ينتشر للظهر بشكل زنار و يخف بالانحناء للأمام (بسبب ابتعاد البنكرياس عن العمود الفقري) لذلك يكون المريض متَّخذاً وضعية (الصيّاد).

❖ مخبرياً:

▪ زيادة الأميلاز أو الليباز≤ 3 أضعاف الطبيعي:

حيث يبلغ الطبيعي من الليباز 100 في حال وصل إلى300 وحدة /دل فإن ذلك يدل على التهاب البنكرياس.

➢ ترتفع النسبة بعد بضع ساعات من بدء الأعراض:

ويمكن أن تكون ضمن المجال الطبيعيّ في 19% من الحالات عند القبول في المشفى.

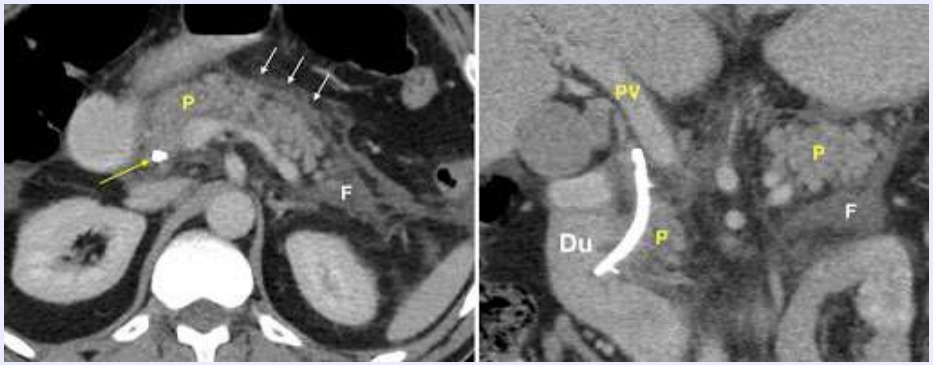
➢ تعود للطبيعي خلال 3-5 أيام.

اختبار الليباز أكثر حساسية ونوعية من الأميلاز، لأن زيادة الليباز قد تستمر لفترة أطول من الأميلاز.

لايوجد علاقة بين شدّة ارتفاع أو انخفاض الليباز والأميلاز وشدة الإصابة، وإنما تساعد على التشخيص فقط.

▪ أحياناً يمكن أن نلجأ إلى الطبقي المحوري للتشخيص ولكن غالباً نكتفي بالليباز والأميلاز.

قد تختلف القيم من مختبرٍ لآخر اختلافاً بسيطاً ولكن من الأفضل الاطلاع على نموذج المختبر.



❖ التشخيص بالأمواج فوق الصوتية Ultrasound

- قد نلجأ إلى فحص البنكرياس بالإيكو الداخلي EUS أي يتمُّ إدخال منظار داخل الجوف الهضمي إلى المعدة، ويكون رأسه هو رأس جهاز الإيكو، حيث يوجَّه نحو البنكرياس ويتمُّ فحصه.
- تشخيص حصى المرارة بالإيكو (الأمواج فوق الصوتية):

تحتوي المرارة على السائل الصفراوي (يظهر باللون الأسود داخلها) الذي يسمح بمرور الأمواج فوق الصوتية (يظهر كلُّ ما خلفه باللون الأبيض) أي لدينا هنا تعزيز صوتي.

أما في حالة تشكُّل حصى المرارة (التي تحوي كلساً في بنيتها) فإنها تظهر باللون الأبيض كما نلاحظ هنا، وتحجب مرور الأمواج فوق الصوتية مشكِّلة بذلك مخروطاً صوتيّاً لونه أسود.

❖ التشخيص التفريقي Differential Diagnosis

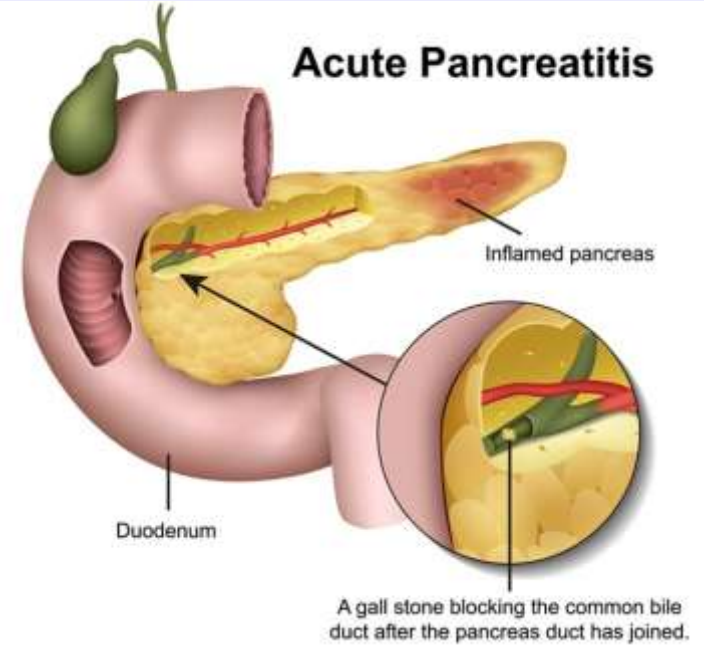
يسبب ما يلي الألم نفسه الذي يسببه التهاب البنكرياس:

- ❑ انسداد الأمعاء: نتيجة سرطان كولون ومعدة.
- ❑ انسداد الأوعية المغذية للبطن:

صمَّة أو خثرة في الشريان المساريقي (احتشاء المساريقا)، وتحدث عند كبار السن غالباً.

- ❑ هجمة قرحة أو انثقاب قرحة.
- ❑ احتشاء العضلة القلبية السفلي.
- ❑ مرض صفراوي بالمرارة/ حصيات صفراوية أو أمراض القناة الجامعة: تسبب ألم بالشرسوف والمراق الأيمن أيضاً.
- ❑ تسلُّخ الأبهر.

إذاً: ليس كلُّ ألمٍ شرسوفي حاد هو التهاب البنكرياس.



التدبير Management:

- **حتماً قبول في المشفى (الاستشفاء):**

لا يعالَج في المنزل خوفاً من حدوث التهاب بنكرياس نخري وحدوث صدمة واختلاطات.

- **حمية مطلقة:**

يجب ألا يتناول المريض شيئاً عن طريق الفم، إذ لا يمكن أن نبدأ بالطعام حتى يتوقّف الألم لمدة 24 ساعة بدون أخذ مسكّنات، حيث أن الألم يكون في البداية غير مُحتَمَل ويحتاج مسكّنات.

وأن يبقى على الإماهة الوريدية مع مراقبة ضغطه و نبضه.

- **تعويض السوائل:**

قد تصل الكمّيّة المحتاجة إلى 6 ليترات في اليوم.

وأفضل السوائل التي نعطيها هي الرينغرلاكتات ثم السوائل الملحية.

- **تسكين الألم مركزيّاً:**

بإعطاء المورفينات، وأفضلها ترامادول، البيتيدين والميبيريدين.

❖ **البحث عن السبب وعلاجه:**

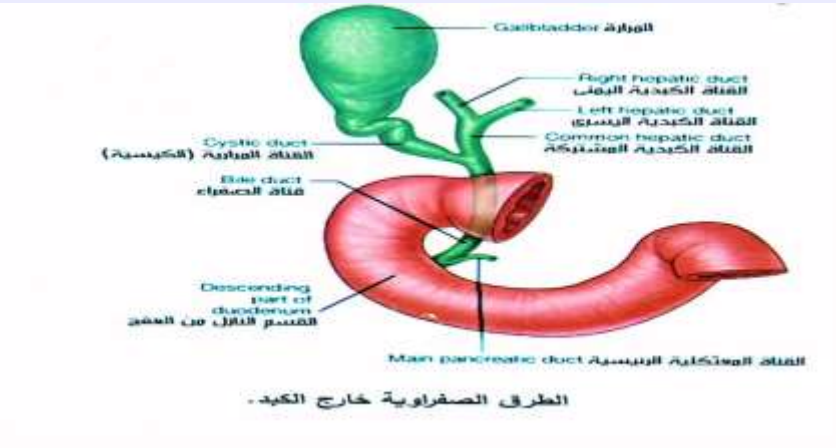
حيث بعد البدء بعلاج التهاب البنكرياس الحاد علينا تحديد شدة الالتهاب وأسبابه.

وقبل أن ننتقل لموضوعنا التالي أردنا أن نعرِّفكم ميخائيل كلاشينكوف -وهو الذي اخترع سلاح الكلاشينكوف-يقوم بدعاية للكحول، وقد توفي بالتهاب بنكرياس حادّ.

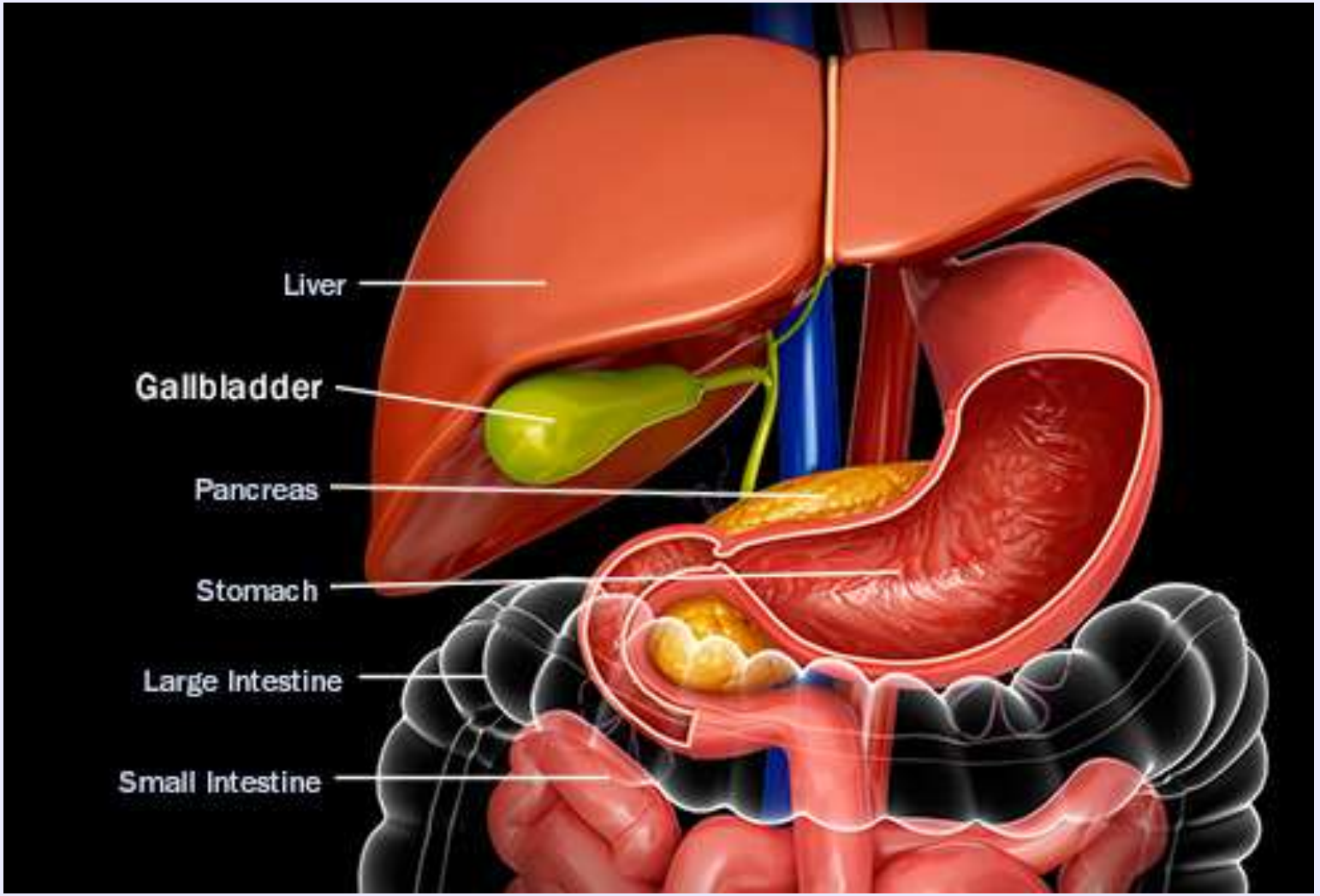
المرارة (الحويصلة الصفراوية) Gall Bladder

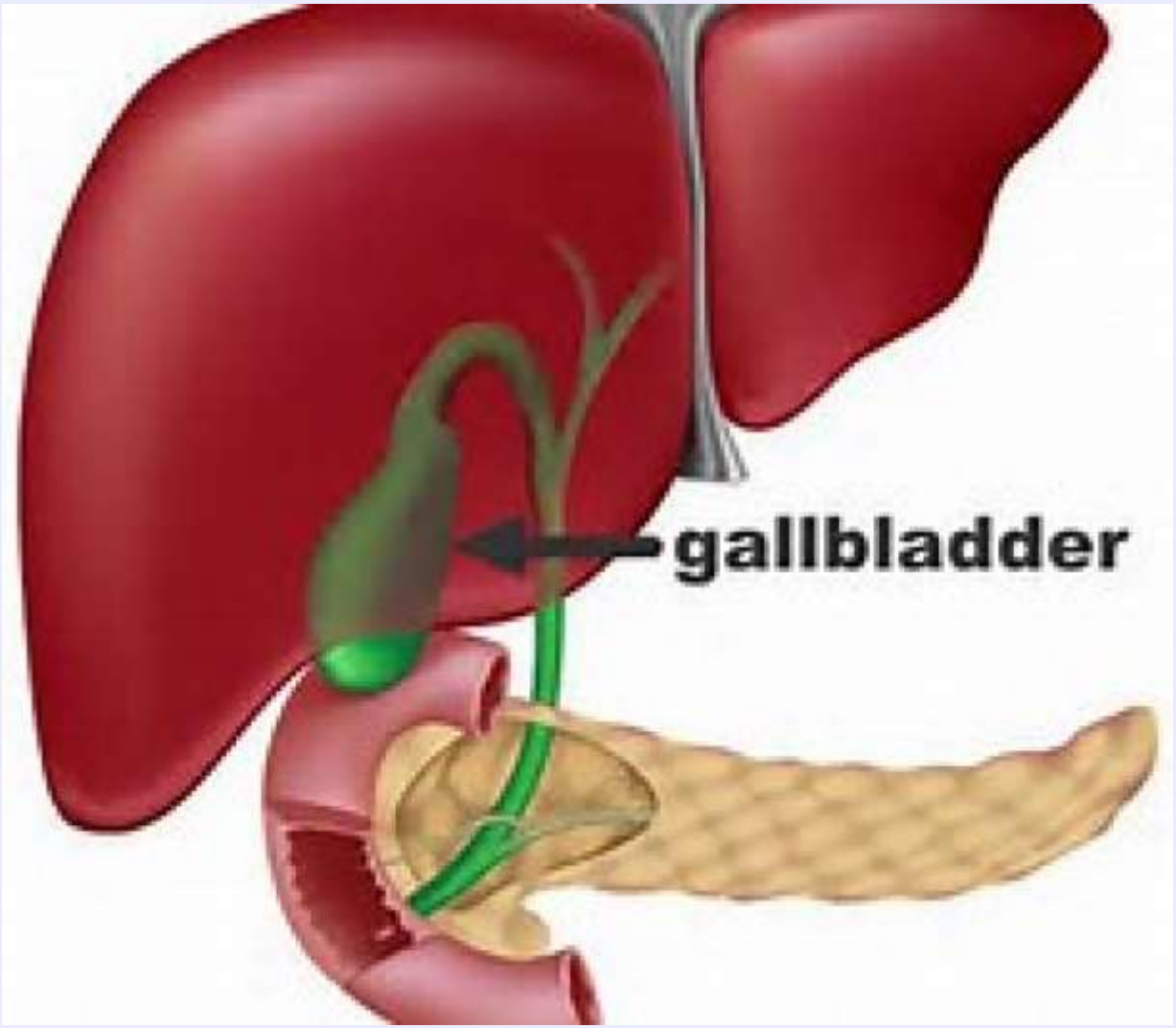
تشريحياً Anatomical:

- تتوضع في المراق الايمن– في مسكن على الوجه الحشوي للكبد -وهي كيس ذو سعة تبلغ 30 مل
- تنتهي المرارة بقناة هي القناة المرارية
- تختزن الصفراء في المرارة التي تتقلص بعد الوجبات . فترسل عبر القناة المرارية إلى قناة الصفراء لتصب في العفج كي تقوم بعملها أثناء الهضم
- تتألف المرارة من قاع و جسم و عنق و قناة مرارية
- قد تتشكل الحصيات داخل المرارة مما قد يسبب التهاب المرارة الحاد Acute cholecystitis ويكون توضع الالم في هذه الحالة في المراق الايمن مع انتشار للكتف الايمن .



الطرق الصفراوية خارج الكبد.


Liver
Gallbladder
Pancreas
Stomach
Large Intestine
Small Intestine


gallbladder

الحصيات المرارية Gall Stones

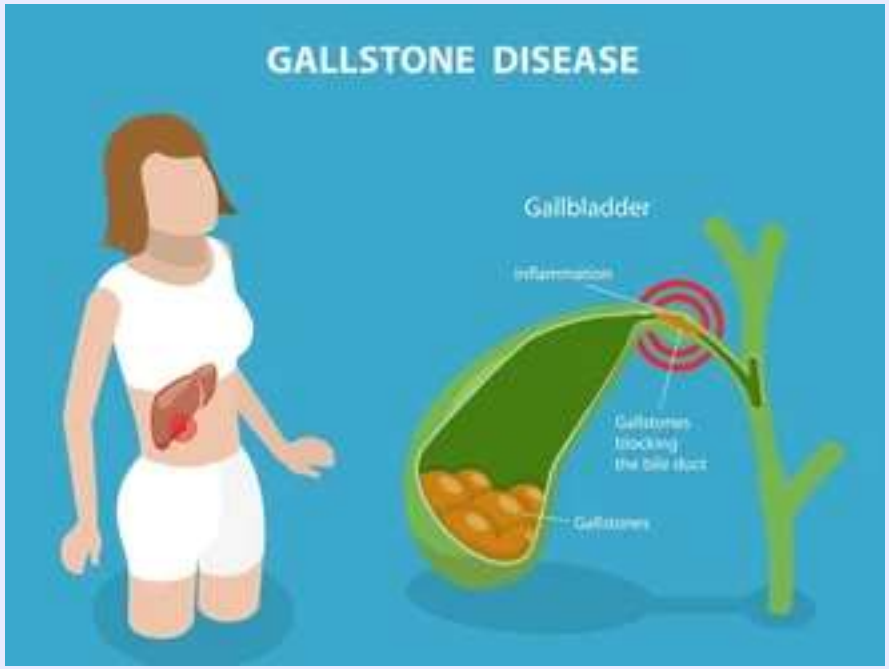
- تصاب النساء أكثر من الرجال بنسبة 5/1 خصوصاً النساء اللواتي تنطبق عليهنّ قاعدة الF-5، وقد يُعزى السبب أو يُفسَّر هرمونياً (الاستروجين والبروجسترون).

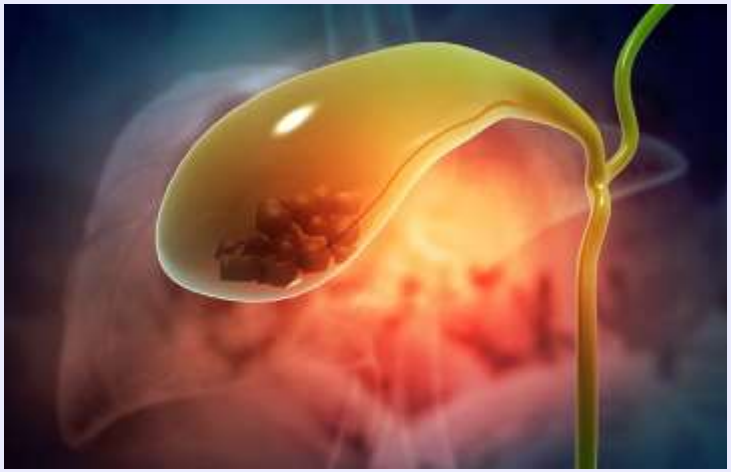
قاعدة F-5 تدل على الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بحصيّات المرارة:

- Female: أنثى.
- Fair: شقراء.
- Fat: سمينة.
- Forty: عمرها 40 تقريبا أو بالأربعينات.
- Feritle: خصبة (تلدُ كثيراً).

تصيب 10-20% من الجمهور العام (أوروبا وأميركا).

80% منها لا عرَضية← 20% من الحالات عرَضية.





❖ التظاهرات السريرية Clinical manifestation

أولاً: التهاب المرارة Cholecystitis:

ثانياً: قولنجات مراريّة أو صفراوية:

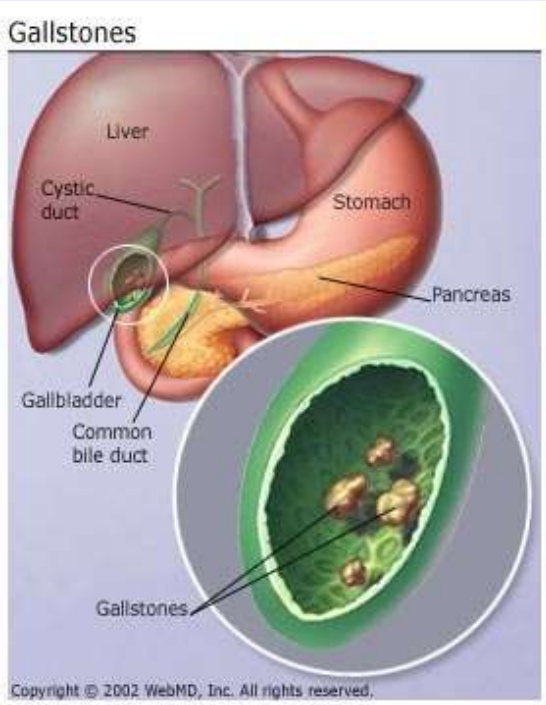
ثالثاً: يرقان انسداديّObstructive jaundice:

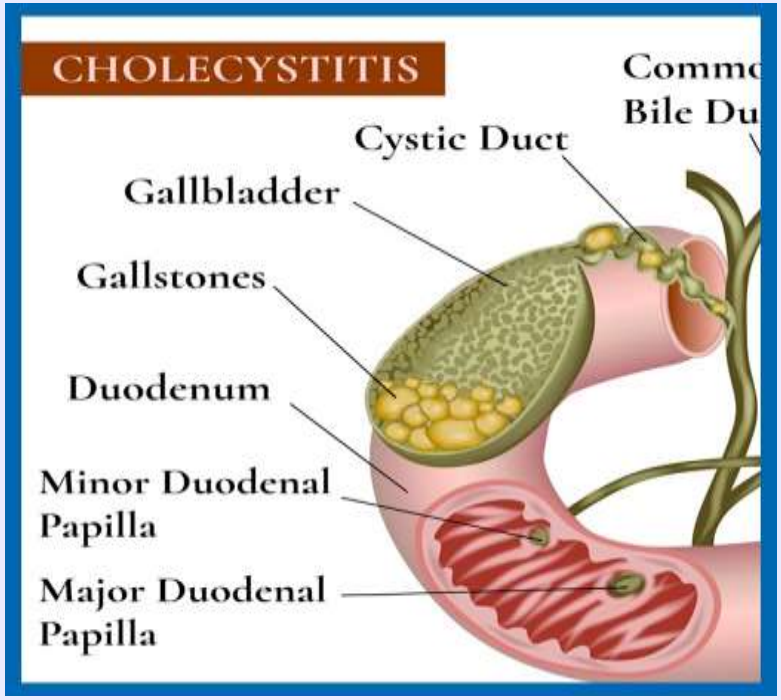
رابعاً: التهاب بنكرياس حادّ Acute Pancreatitis:

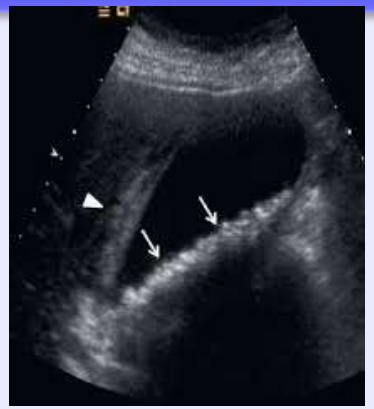
خامساً: تسبب ركود وتؤهّب لالتهاب الطرق الصفراويّة الصاعد:

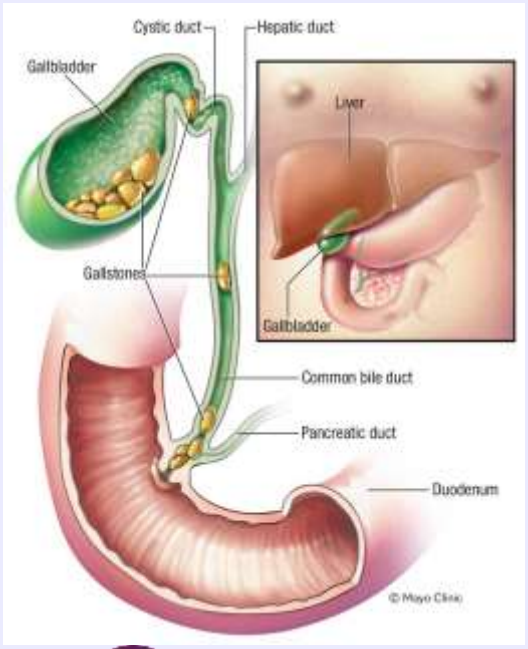
أولاً: التهاب المرارة Cholecystitis:

- يحدث إذا كانت الحصى داخل المرارة.
- يتمثّل بألم شديد وثابت شبه مستمرّ وليس قولنجي، شرسوفيّ أو في المراق الأيمن، وقد ينتشر الألم نحو الكتف.
- يترافق مع حرارة (ونلاحظ ارتفاع عدد الكريّات البيض)ولايحدث يرقان.
- وقد يترافق مع إقياء وغثيان.
- قد نلاحظ تسمُّك بجدار المرارة، وقد نلاحظ على المريض علامة مورفي (وهي عبارة عن اشتداد الألم عند الضغط على المنطقة تحت حافة الكبد وهو مكان المرارة).









ثانياً: قولنجات مراريّة أو صفراوية:

- يحدث إذا كانت الحصى في عنق المرارة وسدَّتها.
- الفرق بين القولنج الصفراوي وألم التهاب المرارة هو عدم وجود الحرارة في حالة القولنج.
- صفات ألم القولنج الصفراوي:
  - الألم شديد وماغص في الشرسوف أو المراق الأيمن.
  - يشتدّ الألم كثيراً ثم يخفّ.
  - ينتشر الألم إلى الكتف الأيمن أو الى الظهر بين اللوحين أو مناطق أخرى.

وهذا يدلّ أنّ هناك عائقاً في حشى أجوف معدة، أمعاء، مرارة.

من الأمثلة أيضاً القولنج الكلويّ الذي يحصل نتيجة حصاة في الكلية نزلت إلى الحالب

،القولنج القولونيّ الذي يحدث نتيجة تضيّق في القولون أوتشنّج فيه و يسبّب عدم مرور البراز..إلخ،

ولذلك نقول عن الألم القولنجي بأنه مُبهَم (أي هناك عدة أسباب له).

صفات ألم القولنج المراري:

- ألم مُبهَم (كولنجي) بشكل حسّ ضغط في المراق الأيمن، ينتشر للظهر والكتف الأيمن، لكن التظاهر الأساسي هو ألم في الشرسوف.
- يحدث بعد وجبة دسمة (1-2 ساعة)، مع تعرُّق،غثيان،إقياء.
- يأتي ألم المرارة بعد الطعام ويُنصَح المرضى بالابتعاد عن البرتقال لاحتوائه على الكوليسيستوكينين الذي يسبب تقلُّص المرارة.
- يتطور الألم خلال ساعة لمستوى ثابت ويخفُّ خلال ساعات، وقد يزول بمجرَّد تناول مضادات التشنُّج.
- وهو ألم بلا حرارة وفي حال تواجد الحرارة يكون السبب هو التهاب المرارة.
- يجب ألا يستمرّ الألم أكثر من 5-6 ساعات (حيث يعني وجود اختلاط كانثقاب المرارة،التهاب البنكرياس ...) أي أنّ أقصى حدّ هو 6 ساعات.

ثالثاً: يرقان انسداديّObstructive jaundice:

- يترافق مع ألم صفراوي.
- يحصل إذا سدّت الحصاة القناة الجامعة.
- نعلم أنّ الصفراء تأتي من الكبد لتصبّ في الأمعاء.وعند انسداد القناة ستسبّب يرقاناً بعدَ كبديّ←Post-Hepaticمما يسبب ارتفاع (بالترتيب):

ولكن لماذا يرتفع أنزيم ALT أولاً؟؟؟؟

- بدايةً يجب علينا أن نعرف أن أنزيم الألانين ترانس أميناز ALT هو أنزيمٌ كبدي يرتفعُ في حال حصول أذية أو نخر في الخلايا الكبديّة.

- وبالتالي عند هجرة الحصاة أي انتقالها من الصفراء لخارجها باتجاه القناة الكبدية ← انسداد القناة الجامعة بشكلٍ مفاجئ ← يتأثر الكبدُ مباشرةً وتحدث أذية كبدية ← ارتفاع أنزيم ALT أولاً ثم يليه البيليروبين بسبب تراكمه وأنزيم الفوسفاتاز القلوية وGGT.

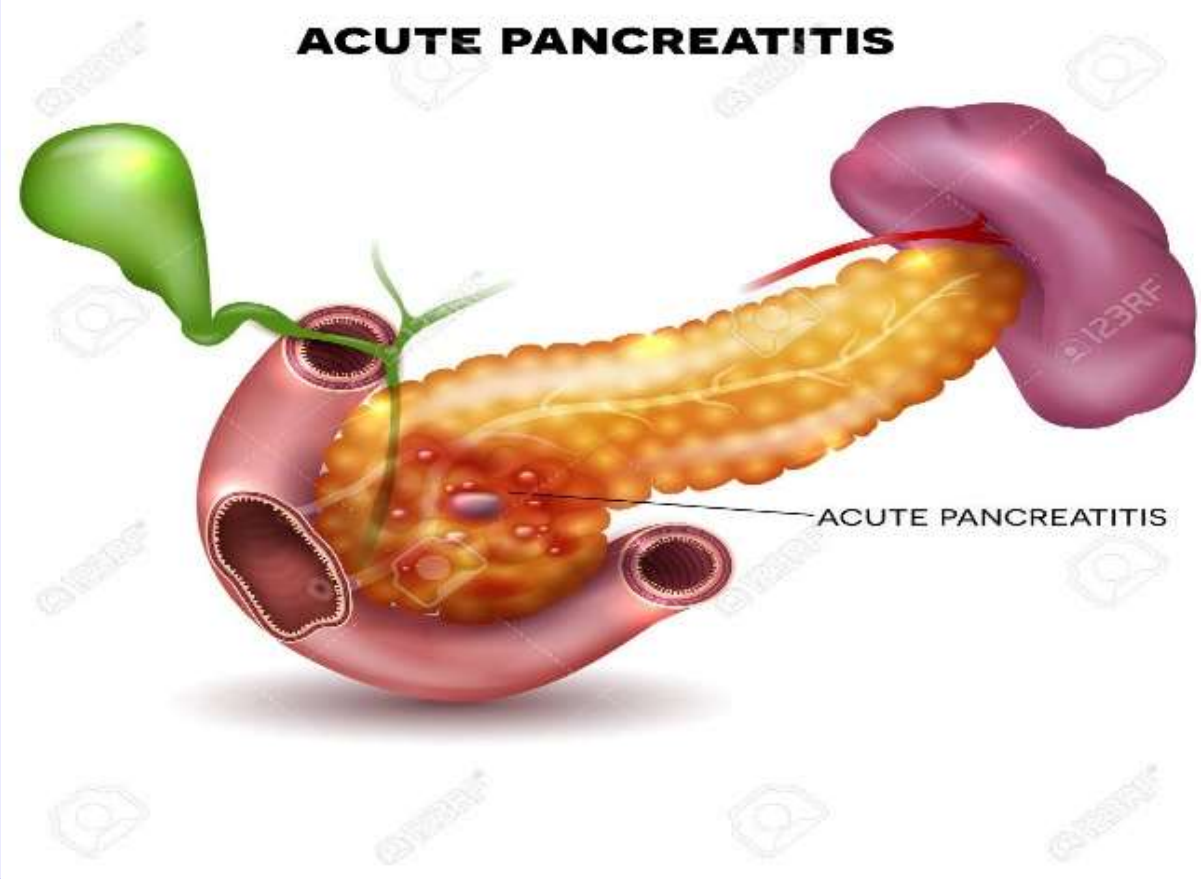
وبالتالي علامة هجرة الحصاة للقناة الجامعة هو ارتفاع تركيز أنزيم الألانين ترانس أميناز، وهو الفحص المخبري الأساسي في هذه الحالة.

ملاحظة:

ليس كل شخص يعاني من اصفرار في العينين (يرقان) فهو يعاني من التهاب الكبد ،فمن الممكن أن يكون السبب انسداد بالقنوات الصفراوية، أي أن اليرقان عرَض وليس مرَض.

رابعاً: التهاب بنكرياس حادّ Acute Pancreatitis:

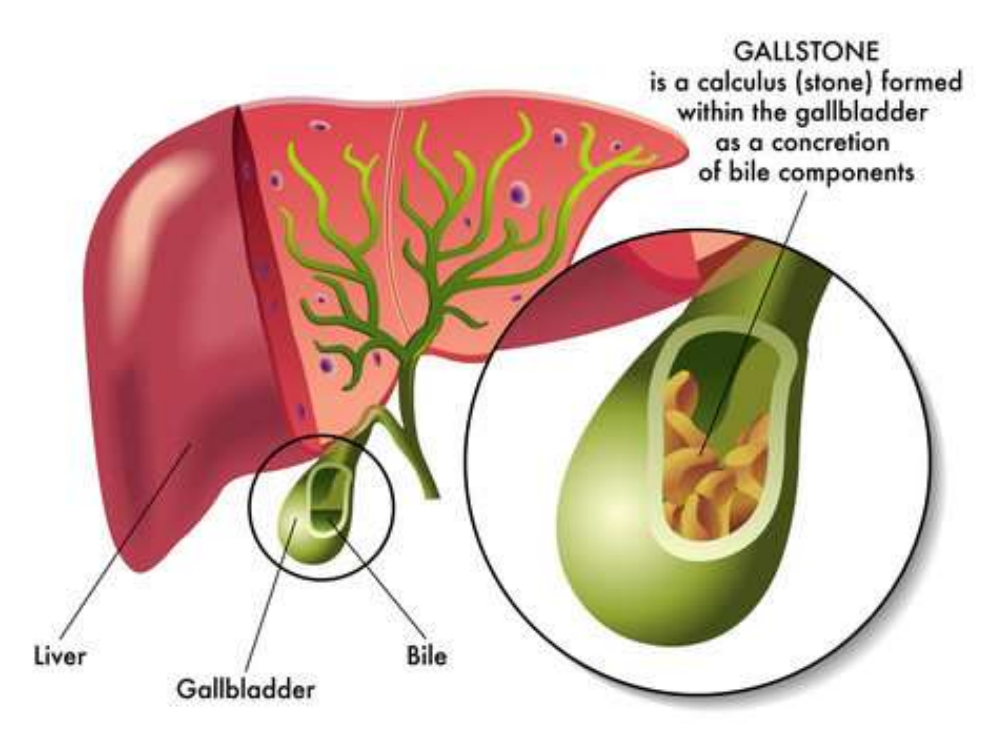
إذا وصلت الحصاة إلى مَصَبّ القناة البنكرياسيّة، تسبّب عندها ألم شديد (زنار ناري) ينتشر للخلف أي باتجاه الظهر، ويترافق مع غثيان وإقياء.



خامساً: تسبب ركود وتؤهّب لالتهاب الطرق الصفراويّة الصاعد:

إذا صعدت الحصاة إلى الأعلى

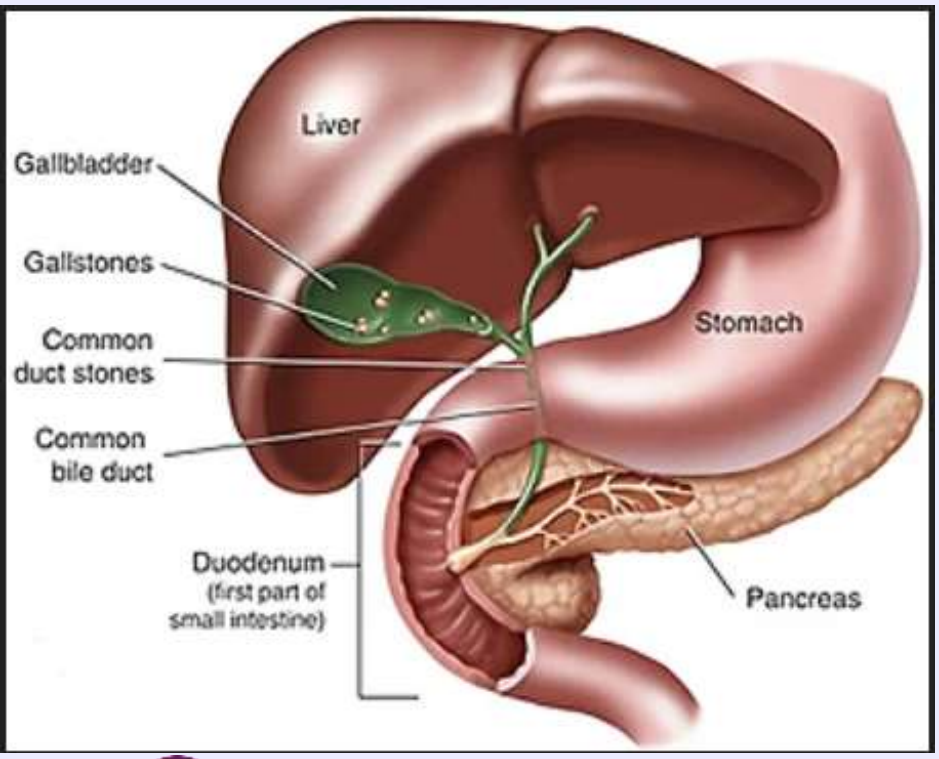
- **إنّ أي ركودة صفراوية تؤهِّب لالتهاب طرق صفراوية، تميزها ثلاثية شاركو (ارتفاع حرارة – يرقان – ألم صفراوي شديد).**



كما يمكن لحصية كبيرة الحجم حوالي 4 – 3 سم أن تسبب انسداد أمعاء وهي حالة نادرة.

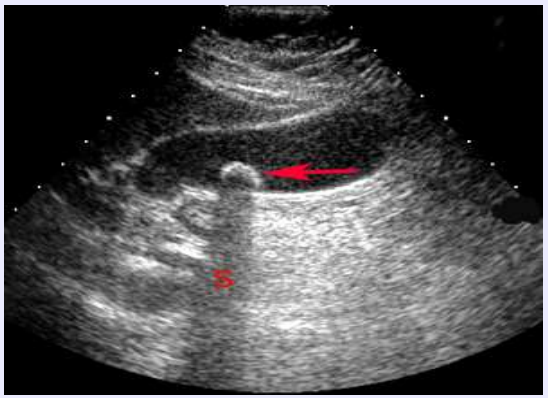
ملاحظات هامة:

- ألم شديد في الشرسوف أو المراق الأيمن، منتشر للكتف، مترافق مع غثيان وإقياءوحرارة← التهاب المرارة.
- ألم شديد وماغص في الشرسوف أو المراق الأيمن، غير منتشر للكتف، غير مترافق مع حرارة←قولنج مراري.
- ألم صفراوي غير مترافق مع حرارة وتبيَّن بالفحص المخبري ارتفاع ALT← يرقان انسدادي.
- ألم بشكل زنار ناري مترافق مع غثيان وإقياء← التهاب البنكرياس.
- يرقان + حرارة ← التهاب الطرق الصفراوية الصاعد.



❖ التشخيص Diagnosis:

- ❑ الإيكو (أمواج فوق صوتية) بجهاز الايكوغرافي.



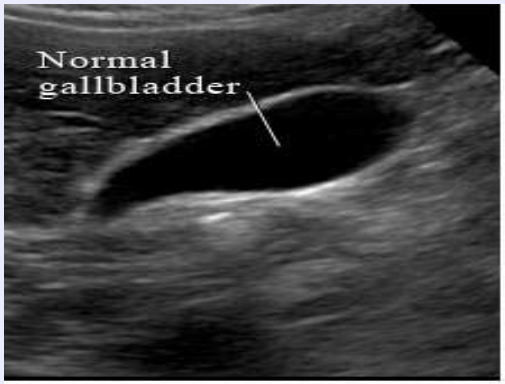


Figure 1

Figure 2

لقراءة الصور الشعاعية بشكل عام:

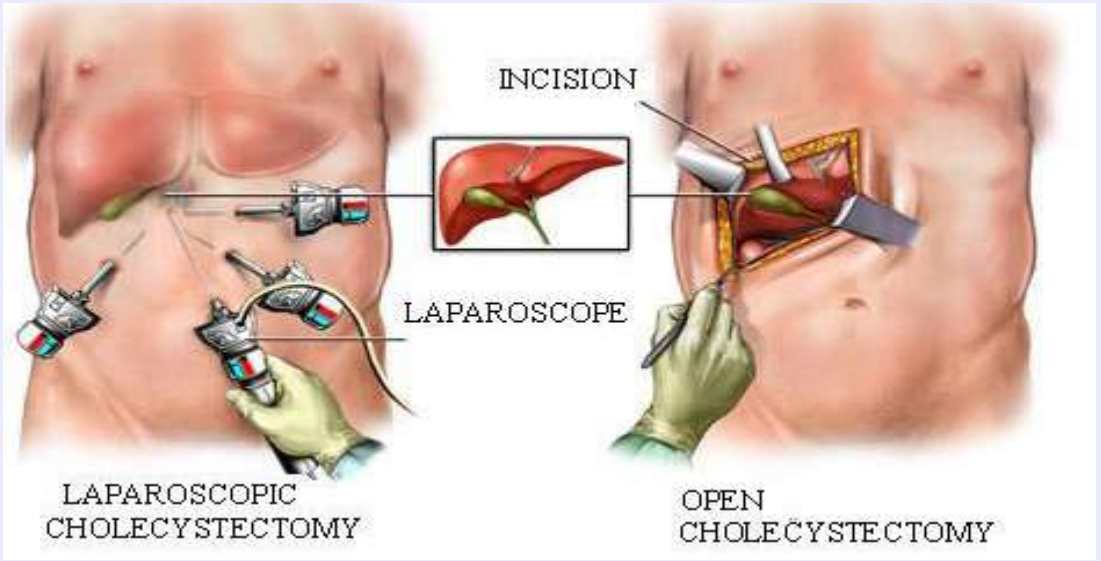
- النسج الصلبة كالعظام مثلاً ←تعكس الأمواج ولا تمررها، وتكون بلون أبيض وما وراءها أسود.
- السوائل ← سهولة تمرير الأمواج (تعزيز صوتي)، وتظهر بلون أسود وما وراءها أبيض.

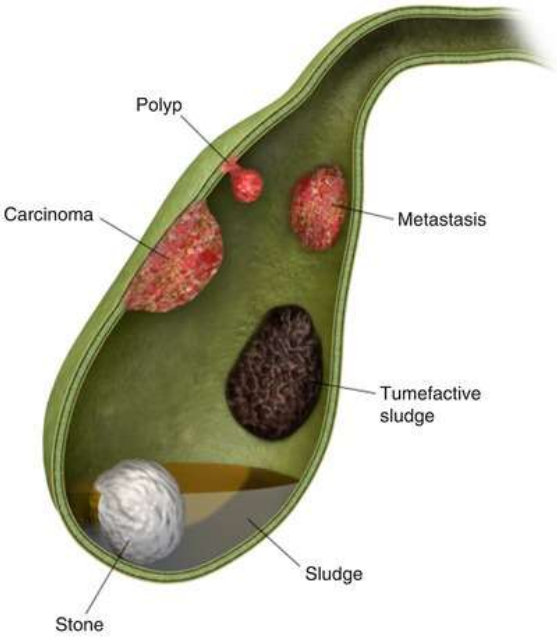
ملاحظة:

- السائل الصفراوي داخل المرارة لونه أسود.
- الحصية الصفراوية كلسية فهي تمنع مرور الأمواج، وبالتالي يظهر الظل الأسود وراءها على شكل مخروط صوتي أسود، ويُدعَى هذا الظل بالظلّ الصدوية الخلفيّ acoustic shadow (صمت صوتيّ).

❖ التدبير Management:

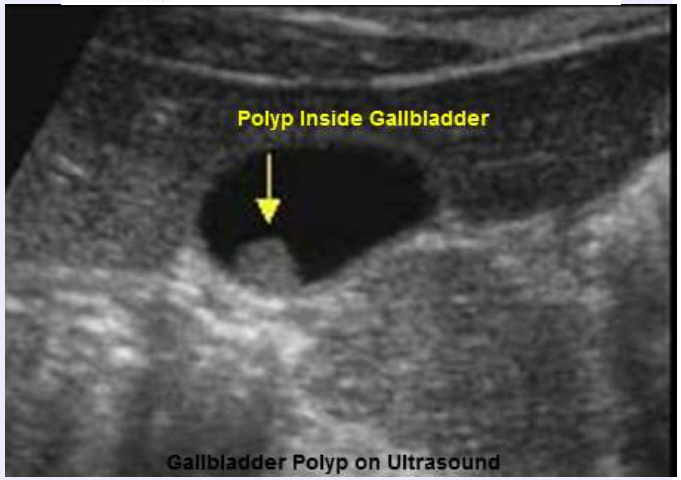
- 10 إلى 20% من الجمهور العامّ الذي فوق25 سنة في أوروبا وأمريكا لديه حصيّات في المرارة،لكن لاتُستَأصل المرارة إلا إذا:
  - ▪ ←كانت حصيّات صفراوية عرضيّة (أي تسبّب أعراضاً،ونسبتها20%من مجموع الحالات).
  - ▪ ←كان حجم الحصيّات أكبر من3 سم^3،حيث بيّنت الدراسات أنّها إذاتجاوزت هذا الحجم فإنّها قد تزيد نسبة حدوث الخباثة (سرطان المرارة).
- حصيات المرارة اللاعرَضية لا تحتاج العلاج.
- حصيات المرارة العرَضية تحتاج جراحة ،وتكون باستئصال الحصى والمرارة معاً،ويتمّ ذلك بطريقتين:
  - ▪إمّا بالاستئصال على الطريقة القديمة،بفتح البطن (نادراً ما تُستَخدم حاليّاً).
  - ▪أو باستئصال المرارة بالجراحة التنظيريّةLaparoscopic Cholecystectomy ويكون ذلك بإحداث 3ثقوب وإدخال مقصّ مع كاميرا ،وتسليخ المرارةوإخراجها، ويتمّ تخريج المريض في نفس اليوم ليعاود حياته الطبيعيّة في اليوم التالي.





كما نلجأ لاستئصال الحصيّات اللاعرضية :

- في حال مريض لديه بوليبات بالمرارة (كتل لحمية بالمرارة).
- مريض يسافر كثيراً لأنه يمكن أن يتعرَّض لالتهاب يحتاج للاستئصال.
- مريض يحتاج لزرع كلية أو كبد.



جامعة قاسيون الخاصة للعلوم والتكنولوجيا

DR.W.Alhalkie

جامعة قاسيون الخاصة للعلوم والتكنولوجيا