

# MAYO CLINIC

صحة

## الجهاز الهضمي

إنعم بهضم سليم من خلال إجابات لأكثر من 12 حالة مرضية شائعة



مايو كلينك

# MAYO CLINIC

## صحة الجهاز الهضمي

رئيس التحرير

د. جون كينغ

مايو كلينك، روشستر، مينيسوتا

ترجمة

زينة جابر ادريس



الدار العربية للعلوم ناشرون  
Arab Scientific Publishers, Inc. LLC



ترجميل الكتب من موقع  
www.ketabnn.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الطبعة الأولى  
1421 هـ . 2001 م

ISBN: 978-614-421-162-5

يقدم هذا الكتاب معلومات موثوقة وعملية وسهلة الفهم حول المشاكل الهضمية، وتأتي في معظمها من تجارب أخصائيي الجهاز الهضمي والكبد وآخرين في مايو كلينك على أنواعهم. يتم هذا الكتاب نصائح الطبيب الخاص الذي لا بد من مراجعته لمعالجة المشاكل الصحية الفردية. لا يدعم كتاب صحة الجهاز الهضمي شركة معينة أو منتجات محددة. أما العلامات المسجلة لمؤسسة مايو للأبحاث والطبية والتعليم الطبي فهي "مايو" أو "مايو كلينك" أو رمز "الدرع الثلاثي" لـ مايو.

يضم هذا الكتاب ترجمة الأصل الإنكليزي

**Mayo Clinic on DIGESTIVE HEALTH**

حقوق الترجمة العربية مرخص بها قانونياً من الناشر

**Mayo Clinic Health Information**

Authorized Translation from English Language Rochester, Minnesota 55905

2001 Mayo Foundation for Medical Education and Research © Copyright Edition بمقتضى الاتفاق

الخطي الموقع بينه وبين

**الدار العربية للعلوم ناشرون**  
Arab Scientific Publishers, Inc.

عين التينة، شارع المفتي توفيق خالد، بناية الريم

هاتف: 786233 - 785108 - 785107 (1-961+)

ص. ب: 13-5574 شوران - بيروت 1102-2050 - لبنان

فاكس: 786230 (1-961+) - البريد الإلكتروني: asp@asp.com.lb

الموقع على شبكة الإنترنت: <http://www.asp.com.lb>

يمنع نسخ أو استعمال أي جزء من هذا الكتاب بأية وسيلة تصويرية أو إلكترونية أو ميكانيكية بما فيه التسجيل الفوتوغرافي والتسجيل على أشرطة أو أقراص مقروءة أو بأية وسيلة نشر أخرى بما فيها حفظ المعلومات، واسترجاعها من دون إذن خطي من الناشر.

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب لا تعبر بالضرورة عن رأي الدار العربية للعلوم ناشرون ش. م. ل



ترجميل الكتب من موقع  
[www.ketabnn.com](http://www.ketabnn.com)

لتنضيد وفرز الألوان: أبجد غرافيكس، بيروت - هاتف (9611) 785107  
الطباعة: مطابع الدار العربية للعلوم، بيروت - هاتف (9611) 786233

## حول المشاكل الهضمية

تعتبر المشاكل الهضمية من أكثر الأسباب التي تدفع الناس لزيارة الطبيب. كما أنها من الأسباب المؤدية إلى تعاطي الناس للعقاقير الطبية. فأكثر من 40 بالمئة من الراشدين في الولايات المتحدة يتناولون مضادات للحموضة أو غيرها من العقاقير الكابحة للحموضة لعلاج الحرقة وحدها. وتتضمن المشاكل الهضمية الشائعة الأخرى عسر الهضم وألم البطن والغثيان والإسهال والإمساك والغازات. ولربما أخذت بتقبل هذه العلامات والعوارض على أنها نواتج ثانوية للعملية الهضمية. غير أنها غالباً ما تكون طريقة جسدك الطبيعية لإخبارك بوجود خطب ما. ولحسن الحظ، يمكن غالباً علاج الأمراض وغيرها من الحالات المسؤولة عن معظم المشاكل الهضمية بنجاح بفضل التشخيص المبكر.

ستجد في هذا الكتاب نصائح عملية يمكنك الاستفادة منها للتعرف على المشاكل الهضمية وعلاجها قبل أن يصبح شفاؤها صعباً أو تتحول إلى خطر يهدد حياة المريض. هذا بالإضافة إلى تعرّفك على تغييرات في نمط الحياة من شأنها أن تقلص خطر الإصابة بأمراض هضمية. ويرتكز الكتاب على خبرة أطباء عيادة مايو كلينك وعلى المشورة التي يقدمونها يومياً عند العناية بمرضاهم.



## حول مايو كلينك

نشأت عيادة مايو تدريجياً عن الممارسة الطبية للدكتور ويليام وورال مايو بشراكة ولديه ويلام ج. وشارلز ه. مايو في أوائل القرن العشرين. ونظراً للنمو المتعاضم من الطلب على عملهم الجراحي في روشستر، مينيسوتا، دعا الأخوان مايو أطباء آخرين للانضمام إليهما، فشكّلوا بذلك أول فريق خاص لممارسة الطب. واليوم، مع أكثر من 2000 طبيب وعالم في المراكز الثلاث لـ مايو كلينك في الولايات المتحدة، تركز هذه العيادة جهودها لإعطاء تشخيصات شاملة وإجابات دقيقة وطرق علاج فعالة بمواقعها الرئيسية الثلاثة من روشستر، مينيسوتا وباكسونفيل، فلوريدا وسكوتسديل، أريزونا.

ومع هذا القدر من المعرفة والخبرة الطبية، تحتل مايو كلينك مركز الصدارة في مجال المعلومات الصحية. ومنذ عام 1983، نشرت هذه العيادة معلومات طبية موثوقة لملايين المستهلكين وقدمت لهم مجموعة متنوعة من النشرات الإخبارية والكتب والخدمات عبر شبكة الإنترنت. وتستخدم مايو كلينك عائدات منشوراتها لدعم برامجها بما في ذلك الإرشاد والبحث الطبيين.



## مقدمة

ربما تكون قد انتقيت هذا الكتاب بسبب انزعاجك من مشكلة هضمية معينة كالحرقة أو ألم البطن أو الإسهال ولست واثقاً من السبب الذي يقف وراءها. ولربما كنت تعلم حقيقة حالتك ولكنك تبحث عن معلومات حول الطريقة الأفضل لعلاجها، أو عن طريقة فعالة لتجنب الإصابة بحالة هضمية معينة.

والواقع أنّ القناة الهضمية هي عبارة عن جهاز معقد ومنسق للغاية، يزود جسدك بالطاقة والمغذيات التي تحتاجها لكي تعيش. وعندما تفكر بأن هذه القناة تمتد من الفم إلى الشرج وتشتمل على عدة أعضاء أساسية، تدرك كم يسهل تعرضها للمشاكل.

وقد اختبر جميع الناس تقريباً عوارض هضمية كالحرقة أو الإسهال أو الإمساك أو الانزعاج البطني في وقت ما. ولكن نظراً لشيوع هذه العوارض ولقدرة العقاقير غير الموصوفة على شفاؤها مؤقتاً، يتوانى كثير من الناس عن زيارة الطبيب أو ينتظرون طويلاً قبل اتخاذ هذا القرار. وفي حال كنت تعاني من عوارض متكررة أو مستمرة، فلا تتجاهلها حتى ولو كانت خفيفة. فمن شأن العلاج المبكر أن يمنع الحالة من أن تزداد خطورة كما أنه يضاعف فرص نجاح العلاج والشفاء.

ستجد في هذا الكتاب معلومات عملية ومبسطة حول كيفية عمل الجهاز الهضمي، والعوامل التي تعيق وظيفته الطبيعية، وكيفية تجنب المشاكل الهضمية. وندقق فيه العلامات والعوارض التي ترافق عادة هذه المشاكل، والحالات والأمراض المسؤولة عنها غالباً. كما نشرح فيه



الإجراءات التي يتبعها الأطباء أثناء التشخيص للمساعدة على تحديد أسباب المشاكل الهضمية.  
أما باقي الكتاب، فقد خصصناه لعلاج الأمراض والحالات الهضمية الأكثر شيوعاً.  
ومن شأن هذا الكتاب، مقترناً بمشورة طبيبك، أن يساعدك على تجنب المشاكل الهضمية قدر الإمكان.

**جون إ. كينغ**

رئيس التحرير



## المحتويات

مقدمة

الفصل الأول: الأميركيون والهضم

الفصل الثاني: نصائح لهضم سليم

الفصل الثالث: الاضطرابات الهضمية

الفصل الرابع: أبرز اختبارات التشخيص

الفصل الخامس: مرض الارتداد المعدي المريئي

الفصل السادس: القروح وألم المعدة

الفصل السابع: مرض تهيج الأمعاء

الفصل الثامن: مرض كرون والتهاب القولون التقرحي

الفصل التاسع: الاعتلال الجوفي

الفصل العاشر: الداء الرتجي

الفصل الحادي عشر: حصى المرارة

الفصل الثاني عشر: التهاب البنكرياس

الفصل الثالث عشر: اعتلال الكبد

الفصل الرابع عشر: السرطان



### الأميركيون والهضم

حرقة، تشنجات، غثيان، إسهال، إمساك، ليست سوى بعض الطرق التي تعلن بها المعدة والأمعاء عن انزعاجها. ويعاني معظم الأميركيين من هذه العوارض أحياناً. ولا تدوم في كثير من الأحيان سوى يوم أو يومين قبل أن تختفي. غير أنه في كثير من الحالات، تستمر العوارض وتتحول إلى مصدر إزعاج يومي.

ووفقاً للتقديرات، فإن واحداً من بين 3 أميركيين -وربما أكثر- يصاب بانتظام بمشكلة هضمية معينة. ويمكنك التحقق من ذلك لدى الصيدليات أو المتاجر المحلية. إذ تزدهم رفوفها بصفوف متزايدة من الأدوية المخصصة لعلاج الحالات الهضمية من مضادات الحموضة وعقاقير كابحة للأحماض إلى مسهلات وملحقات ألياف ومضادات للإسهال. وينفق الأميركيون سنوياً ما يفوق 3 مليارات دولار على هذه المستحضرات غير الموصوفة.

وبالرغم من قدرة العقاقير غير الموصوفة على تخفيف العوارض، غير أنها قد لا تمثل الحل. فإن كنت تعاني من مشكلة هضمية معينة، فمن الضروري رؤية طبيب لتقييم الحالة. فالمشاكل الهضمية قد تنتج عن أسباب عديدة. وبمعرفة السبب، يمكنك التعاون مع الطبيب في وضع خطة لعلاج الحالة وربما شفاؤها. كما أنه من شأن التصدي للمشكلة مبكراً أن يمنع الحالات الخطيرة من أن تهدد حياة المريض.

**تغيّر نمط الحياة**



هل المشاكل الهضمية اليوم أكثر شيوعاً مما كانت عليه منذ سنوات خلت؟ في الواقع، ما من أرقام نستطيع الركون إليها لإعطاء إجابة قاطعة. غير أنّ عوامل عديدة، من بينها الطلب المتزايد على الأدوية غير الموصوفة، تؤكد صحة ذلك.

أما بالنسبة للأسباب الكامنة وراء المشاكل المتعلقة بالمعدة والأمعاء التي يعاني منها الناس، فهي عديدة، إلا أنّ نمط الحياة الأميركي يعتبر المسؤول الأول عن ذلك.

**تناول الوجبات بسرعة.** تدفع الجداول اليومية المزدحمة الناس إلى الإسراع في تناول وجباتهم أو أخذها وهم متوجهون إلى أعمالهم. والحقيقة أنه عند تناول الطعام بسرعة، لا يمضغ الناس مأكولاتهم جيداً أو لا يتم طحنها إلى أجزاء صغيرة بما يكفي لهضمها كما يجب. وهذا ما يجبر الجهاز الهضمي على بذل مجهود أكبر لهضم الأطعمة. وعندما يغصّ المرء، فهو يبتلع كمية من الهواء أكبر مما لو كان يأكل ببطء، وهذا ما يؤدي إلى التجشؤ وإلى الغازات المعوية.

**ارتفاع معدل الدهون في الغذاء.** تشكل مطاعم الوجبات السريعة والوجبات المعلبة عادة شعبية لدى الأشخاص الذين تكثّر مشاغلهم. إلا أنّ هذه العادة غالباً ما تقترن بارتفاع في معدل الدهون وبفائض من الوحدات الحرارية. ويستهلك متوسط الفرد في الولايات المتحدة كثيراً من الدهون مقابل كمية غير كافية من الألياف الموجودة في الفاكهة والخضروات والحبوب. والمعروف أنّ الألياف تسهّل مرور الطعام بسلاسة عبر القناة الهضمية، بينما تؤدي الدهون مفعولاً معاكساً، فهي تبطئ عملية الهضم.



واستناداً إلى عدد من الدراسات، فإن النظام الغذائي الغني بالدهون المشبعة (أي الدهون الحيوانية) ربما يضاعف خطر الإصابة بداء السرطان، وخاصة سرطان القولون. أما كيفية مساهمة الدهون تماماً في حدوث السرطان فهي غير واضحة، غير أنّ الأبحاث تشير بأنها ربما تساعد على تكوّن مواد مسببة أو مولّدة للسرطان (مسرطنة).

**الخمول.** يزداد ميل الفرد في الولايات المتحدة إلى الجلوس. والواقع أنّ النشاط الجسدي ضروري للهضم السليم لأنه يساهم في تسريع حركة تحلل الطعام عبر القناة الهضمية، إضافة إلى المساعدة على الحفاظ على وزن صحي.

**البدانة.** نتيجة لكثرة الدهون وقلة الحركة، يعاني كثير من الأميركيين اليوم من مشكلة البدانة. فتقريباً، ثمة شخص بدين بين كل 5 أميركيين راشدين، أي أنه تجاوز وزنه الصحي بنسبة 30 بالمئة على الأقل. وهذا ما يشير إلى ارتفاع معدل البدانة بنسبة 50 بالمئة منذ عام 1991، حين كانت النسبة تكاد لا تتجاوز شخصاً بديناً من بين كل 10 أميركيين.

ويقترن الوزن الزائد بعدد من المشاكل الهضمية، أكثرها شيوعاً هو مرض الارتداد المعدي المريئي. فالكيلوغرامات الفائضة تزيد الضغط داخل البطن فتدفع المعدة. ويؤدي تزايد الضغط على المعدة إلى إجبار الحمض المعدي على التراجع إلى المريء مسبباً شعوراً بالحرقة فيه والتهاباً في الأنسجة التي تبطنه (التهاب المريء). علاوة على ذلك، يضاعف الوزن الزائد من احتمال الإصابة بمرض الحويصلة الصفراوية (المرارة) وربما سرطان القولون.



التوتر. يعيش معظم الأميركيين حياةً يسودها الضغط وضيق الوقت. والجسد لا يهضم الأطعمة جيداً في حالة التوتر. فهو يركز على كيفية التعامل معها، مخصصاً حجماً أقل من الدم للوظائف الأخرى، كالهضم.

التدخين. يعتبر المدخنون أكثر عرضة للإصابة بعسر الهضم والقرحة وسرطان المريء. والمذهل أنه فور التوقف عن التدخين، قد تختفي بعض من هذه المشاكل الهضمية.

الكحول. من شأن الإفراط في الكحول أن يتسبب في التهاب بطانة المعدة وأن يرخي الصمام العضلي (المصرة المريئية السفلى) الذي يغلق المريء ويحميه من حمض المعدة. وتعتبر النساء أكثر قابلية للإصابة بالاضطرابات المرتبطة بالكحول لأن أجسادهن تنتج كمية أقل من الأنزيمات لتحليل الكحول.

### المشاكل بالأرقام

ينعكس انتشار المشاكل الهضمية في هذه الإحصاءات العامة:

- يصاب 40 بالمئة من الأميركيين تقريباً بالحرقة مرة كل شهر على الأقل. ويعاني عشرة بالمئة من الحرقة يومياً.
- يعاني شخص من بين كل 5 أميركيين تقريباً من مشاكل في هضم مشتقات الألبان، وهي حالة تعرف طبياً بعدم القدرة على احتمال اللاكتوز Lactose أو سكر اللبن.
- 35 مليون أميركي تقريباً يعانون من ألم البطن أو الغازات أو الإسهال أو الإمساك، وهي حالات تقترب بمرض تهيج الأمعاء.
- يقول 4 ملايين أميركي تقريباً أنهم يعانون من الإمساك معظم الأوقات أو على الدوام.
- حوالي 4 ملايين أميركي مصابون بالقرحة.

- حوالي 4 ملايين أميركي مصابون بفيروس التهاب الكبد ج.
- يأتي سرطان القولون والمستقيم في المرتبة الثانية فقط بعد سرطان الرئة كسبب مؤدٍ إلى حالات الوفاة المرتبطة بداء السرطان في الولايات المتحدة. ويتسبب بموت أكثر من 50 ألف شخص سنوياً.

## في البداية

إن نظرة عامة على كيفية عمل الجهاز الهضمي تساعدك على فهم سبب انتشار المشاكل الهضمية. فالجهاز الهضمي لا يقتصر فقط على المعدة والأمعاء. إنه جهاز معقد مؤلف من أعضاء تنقل الطعام الذي تتناوله وتحوله إلى الطاقة التي يحتاجها الجسم. ولهذا السبب، يعتبر الهضم أحد أهم الوظائف التي يؤديها الجسد.

تبدأ عملية الهضم حتى قبل تناولك اللقمة الأولى. فرائحة الطعام الذي تأكله - أو حتى مجرد التفكير في الطعام - كافٍ ليسيل اللعاب في فمك. إضافة إلى الغدد الصغيرة المنتشرة في بطانة الفم، ثمة ثلاثة أزواج من الغدد اللعابية الكبيرة، لكلٍ منها وظيفة مختلفة. وتنتج هذه الغدد معاً حوالي ثلاثة باينتات من اللعاب يومياً (ويعادل البايونت الواحد حوالي 0.56 لتراً).

**الغدد النكفية.** تقع هذه الغدد في الخدين، تحت شحمتي الأذنين مباشرة. ويؤدي الضغط الناجم عن الأضراس أو عن المأكولات المالحة أو المرّة إلى إفراز الغدد لللعاب الأكثر فاعلية والذي يحتوي على أنزيم يدعى الاميلاز أو الخميرة اللعابية. ويبدأ هذا اللعاب بتحويل النشاء إلى سكر. وفي الواقع، سنتذوق الطعام أثناء المضغ وقد أصبح أكثر حلاوة. كما يحتوي اللعاب الآتي من الغدد النكفية على أجسام مضادة تكافح البكتيريا.



**الغدد تحت الفكّية.** تمتد في ظهر الفم على جهتي الفك السفلي وعميقاً تحت اللسان. وتنشط هذه الغدد تحت تأثير الأظعمة الحامضة أو الدهنية، وتفرز لعاباً سميكاً يساعد على ابتلاع الأظعمة الضخمة.

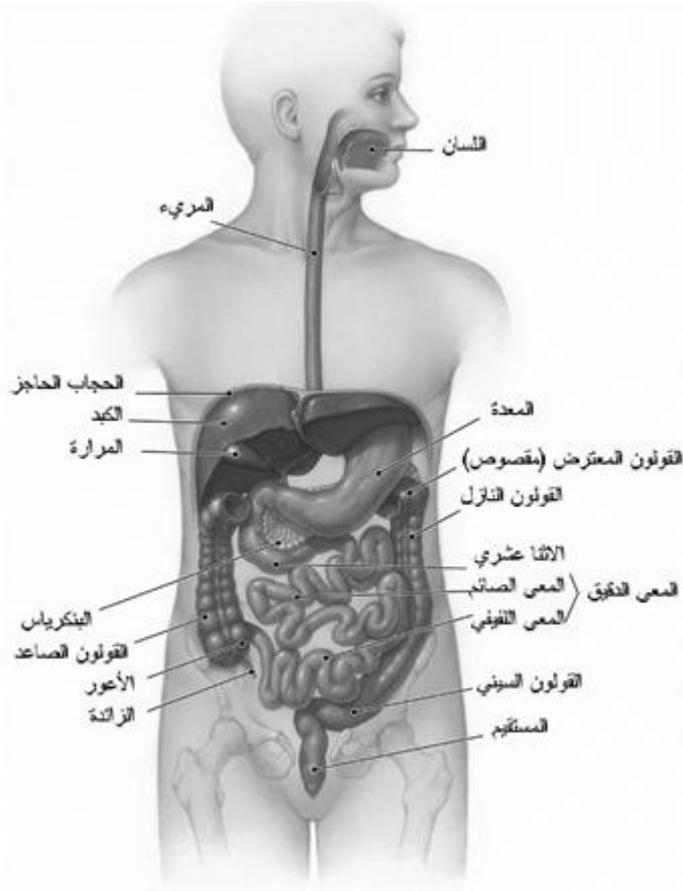
**الغدد تحت اللسانية.** هي أصغر الأزواج الثلاثة، تتمركز في نسيج في أرضية الفم تحت اللسان مباشرة. واللعاب الذي تفرزه هو أكثر رقة ويعتبر مثالياً لتخفيف السكر. ويحفز إفراز الغدد تحت اللسانية للعاب الأظعمة الحلوة والسكر الطبيعي الموجود في الفاكهة والخضروات.

فور تناول لقمة من الطعام تتحول الغدد اللعابية إلى مضخات لإفراز عصارات تأخذ بتحليل الطعام كيميائياً. غير أنّ العملية لا تتم بشكل كيميائي بأكملها. فالأسنان تسحق الطعام وتطحنه بينما يقوم اللسان بخلطه بالعاب. ويؤدي هذا العلك والخلط إلى تحويل لقمة من الطعام إلى ما يسمى بالمضغّة، أي إلى مزيج ناعم، رطب ومستدير جاهز للبلع.

### المريء

إنّ ما تضعه في فمك، ومدة مضغه ولحظة ابتلاعه، كلها أمور تستطيع التحكم بها. ولكن منذ اللحظة التي تبتلع فيها الطعام، تتحول باقي العملية الهضمية إلى عملية تلقائية خاضعة لتحكم الجهاز العصبي.





تبدأ القناة الهضمية عند الفم وتنتهي بالمستقيم. وتشتمل على عدة أعضاء داخلية حيوية.

عند ابتلاع الطعام، تقوم عضلات في الفم والحلق بدفعه عبر خاتم عضلي مسترخٍ يدعى مَصْرَّة المريء العليا، يربط مؤخرة الحلق بأعلى المريء. من هناك، يمر الطعام عبر المريء، وهو أنبوب بطول 10 إنشات يربط الحلق بالمعدة. داخل المريء، تتحرك العضلات بشكل موجات متزامنة -أي واحدة تلو الأخرى- لدفع الطعام باتجاه المعدة. فتنقل العضلات خلف الطعام المبتلع لعصره إلى الأمام، بينما تسترخي العضلات الموجودة أمامه للسماح له بالتقدم من دون مواجهة مقاومة. وتدعى هذه العملية القائمة على التقلص والاسترخاء التدريجيين بالحركة الدودية، وهي عملية تتواصل عبر القناة الهضمية بكاملها.



والواقع أنّ العضلات التي تبطن هذه القناة قوية لدرجة أنها قادرة على مقاومة الجاذبية ودفع الطعام إلى المعدة وما وراءها حتى ولو كنت واقفاً على رأسك. وهذا هو السبب الذي يجعل رواد الفضاء الموجودين في أماكن تتعدم فيها الجاذبية قادرين على الأكل. ولكن، للاستعانة بالجاذبية في عملية الهضم، يستحسن الانتظار من ساعتين إلى ثلاث ساعات على الأقل قبل التمدد بعد الأكل.

فور وصول الطعام إلى الطرف السفلي للمريء، يصبح قريباً من مصرة المريء السفلى. وفي الأوقات التي لا نأكل فيها، يبقى هذا الصمام العضلي مقللاً بقوة لمنع حمض المعدة من الارتداد إلى المريء مسبباً الحرقة. غير أنّ ضغط الطعام الذي يمر بالمريء، يعطي إشارة لهذا الصمام بالاسترخاء والانفتاح بحيث يسمح للطعام بعبوره للوصول إلى المعدة.

## المعدة

تقع المعدة في الزاوية اليسرى العليا للبطن، تحت القفص الصدري مباشرة. وهي عبارة عن كيس عضلي مجوّف يبلغ طوله النموذجي حوالي 10 إنشات ويمكنه التمدد عند الأطراف لاستيعاب غالون من الأطعمة والسوائل تقريباً. وحين تكون المعدة فارغة، تنتهي أنسجتها على بعضها مثل آلة أكورديون مغلقة. ولكن مع امتلاء المعدة وتمددتها تأخذ الثنايا بالاختفاء تدريجياً.

ويؤدي هذا العضو وظيفتين أساسيتين. فهو يواصل معالجة الطعام مقسماً إياه إلى أجزاء أصغر، ويخزنه ممرراً إياه تدريجياً إلى المعى الدقيق. وبشكل عام، تستغرق المعدة مدةً تصل إلى ساعتين لتفرغ



نفسها بعد وجبة مغذية، وأربع ساعات أو أكثر بعد وجبة غنية بالدهون.

تبدأ عصارات المعدة بالتدفق حتى قبل وصول الطعام. فأمام منظر الطعام ورائحته وطعمه، يبعث الدماغ برسالة عبر العصب الجوّال للإعلان بأن الطعام سيصل قريباً. ويحمل العصب الجوّال الإشارات من الدماغ الذي يتحكم بالهضم والتنفس والدورة الدموية. والرسالة التي يحملها إلى المعدة تحرّر مادة كيميائية تسمى أسيتيل كولين. وتسبب هذه المادة ردة فعل متسلسلة تدفع عضلات المعدة إلى التقلص وتحفز الغدد المعدية إلى إفراز عصارات هضمية. وفي الظروف الطبيعية، تفرز المعدة من نصف إلى ثلاثة أرباع الغالون من العصارات يومياً.

وعند وصول الطعام من المريء، تسترخي العضلات الممتدة في أعلى المعدة للسماح له بالدخول. ثم تبدأ جدران المعدة المبطنة بثلاث طبقات من العضلات القوية بخلط الطعام وطحنه إلى أجزاء أصغر وأصغر. وتتدفق العصارات المعدية من فتحات دقيقة مرتبطة بالغدد التي تبطن المعدة. وتساعد هذه الأنزيمات على تجزئة الطعام وتحويله إلى سائل قشدي سميك يسمى كيموس.

وحمض الهيدروكليريك هو واحد من هذه العصارات المعدية العديدة. وبإمكان هذا الحمض الفعال والمؤذي في آن أن يذيب المعدة نفسها لولا المخاط القلوي اللزج الملتصق بجدرانها. ويعمل حمض الهيدروكليريك على قتل البكتيريا المؤذية والأحياء المجهرية التي نبتلعتها مع الطعام. إضافة إلى ذلك، ينشط حمض المعدة إفراز الببسين Pepsin، وهو أنزيم هضمي بروتيني تنتجه المعدة. ويعمل الببسين أساساً على هضم الحليب. وعدا ذلك، تحدث عمليات هضم



وامتصاص كيماوي قليلة في المعدة، باستثناء امتصاص الأسبيرين والكحول. فهما يمران بسرعة عبر بطانة المعدة إلى مجرى الدم مباشرة.

فور امتزاج الطعام جيداً تقوم موجات من العضلات بدفعه إلى الجزء الأعلى للمعى الدقيق (الإثنا عشري). فينفتح صمام البواب، وهو عبارة عن مصرة عضلية أخرى شبيهة بالحلقة، بما يسمح للمعدة بتحرير ثمن أونصة من الطعام في كل مرة داخل الإثنا عشري. أما الباقي فيحبس بالداخل ليخضع لمزيد من الخلط.

### الشهية والجوع والشعور بالشبع

الشهية هي ذلك الشعور اللذيذ الذي يعلمك بأن وقت تناول الطعام قد حان. أما الجوع فيأتي لاحقاً، ربما حين ينقضي موعد الوجبة المعتاد، فيعلن الجسد عن ذلك بوخزات جوع مزعجة. وتعمل الشهية والجوع معاً لتهيأ لك الأكل بانتظام. يخضع شعورا الشهية والجوع لتحكم جزء من الدماغ يدعى الوطاء أو ما تحت السرير البصري. فثمة جزء من الطعام الذي نتناوله يتحول إلى سكر في الدم (كلوكوز). وحين ينخفض معدل السكر، يلاحظ الوطاء ذلك ويرسل إشارة إلى المعدة بواسطة العصب الجوال. فتحفز هذه الإشارات تحرير العصارات المعدية وتشغل التقلصات العضلية التي تسبب وخزات الجوع. وقد تسمع صوتاً في معدتك مع مرور العصارات والهواء عبر الأمعاء.

إذاً لم تتمكن من تناول الطعام في الحال، فإن هذه الأحاسيس تزول تدريجياً وقد لا تشعر بالجوع ثانية إلا بعد

ساعات. غير أنّ شعور الجوع قد يعاودك لاحقاً أثناء النهار عندما يحين موعد الوجبة التالية. حالما تأكل وتمتلئ معدتك، يعرف الدماغ ذلك. فمع امتلاء المعدة وتمدها حسب قدرتها الطبيعية، تعلن بأن جوعك قد تم إشباعه.

### المعى الدقيق، البنكرياس، الكبد والمرارة

يعتبر المعى الدقيق العضو الهضمي الأساسي في الجسد، وهو عبارة عن ممر ملتف يملأ الجزء الأكبر من البطن. وهنا يستكمل التحليل الكيميائي للطعام، كما يتم امتصاص معظم المغذيات في مجرى الدم. ويختلف طول المعى الدقيق من شخص إلى آخر، غير أنه يقارب عموماً لدى الراشدين 22 قدماً.

ويمر الطعام القادم من المعدة في الإثنا عشري الذي يبلغ طوله 12 إنشاً. وفي هذا الجزء العلوي من المعى الدقيق يتواصل تحلل الطعام. ويتم ضخ العصارات الهضمية فيه من الأعضاء التالية:

**البنكرياس.** البنكرياس هو غدة لينة وردية اللون تمتد في أعلى البطن، خلف الجزء السفلي للمعدة. ويتميز البنكرياس بشكل شبيه بالسمكة، مع رأس عريض وجسم دقيق وذنب ضيق، ويبلغ طوله حوالي 6 إنشات وعرضه أقل من إنشين. وتفرز هذه الغدة من بين كيميائيات أخرى نوعين هامين من العصارات:

- هرموني الإنسولين والغلوكاغون، اللذين يساعدان على تنظيم الإيض، بما في ذلك معدل السكر في الدم.
- إنزيمات هضمية تحلل البروتينات والكربوهيدرات والدهون.



**الكبد.** يقع في الجهة اليمنى للجسد، تحت الجزء السفلي للقفص الصدري، وهو أكبر عضو في الجسم يعادل في حجمه كرة قدم. ويعتبر الكبد أيضاً أحد أهم الأعضاء، إذ يشكل مصنعاً كيميائياً يؤدي أكثر من 500 وظيفة. وتتضمن هذه الوظائف تخزين المغذيات وتصفية الكيمائيات الموجودة في الأطعمة ومعالجتها. كما يفرز الكبد الصفراء، وهي محلول مائي لونه أخضر مصفر يساعد على هضم الدهون عبر تجزيء كريات الدهن الكبيرة لجعلها أصغر حجماً. وهذا ما يجعل عملية هضمها أكثر سهولة لأنه يسمح لأنزيمات هضم الدهن بالوصول إلى مساحة أكبر. وتساعد الصفراء أيضاً على التخلص من بقية الطعام، شأنها في ذلك شأن البول.

**المرارة.** المرارة هي جزء من القناة الصفراوية، أي الجهاز المسؤول عن نقل الصفراء. وهي عبارة عن كيس شفاف صغير يحاذي الكبد ويبدو أخضر اللون لأنه يخزن ويركز الصفراء التي ينتجها الكبد. ويبلغ طول المرارة حوالي 3 إنش وتستوعب أونستين من الصفراء تقريباً.

في الأوقات التي لا يهضم الجسد فيها الطعام، فإن الصفراء التي يفرزها الكبد باستمرار - حوالي 2 باينت يومياً (ويعادل الباينت الواحد حوالي 0.56 لترًا) - تتصرّف في القنوات الصفراوية وتتراجع إلى المرارة. هناك، وأثناء التخزين، تمتص المرارة بعضاً من ماء الصفراء، أي ما يعادل 97 بالمئة من الصفراء. وهذا ما يقلص كمية هذه العصارة ويحول الصفراء المخزنة إلى محلول أكثر تركّزاً وفعالية. وعندما تدخل الأطعمة الغنية بالدهون في الإثنا عشري، يرسل أحد



الهرمونات إشارة إلى المرارة تحثها على التقلص وتحرير الصفراء المخزنة باتجاه هذا الجزء من الأمعاء.

ومع تجمع العصارات الهضمية الآتية من البنكرياس والكبد والمرارة - إضافة إلى أنواع أخرى يتم إفرازها في جدران المعى الدقيق - تبلغ العملية الهضمية أوجها. غير أنه ليس بإمكان هذا المعى أن يهضم سوى كميات صغيرة من الطعام في وقت واحد. فتبدأ بطانته العضلية بالتقلص على شكل موجات تقسم عناقيد الطعام إلى أجزاء صغيرة طيعة.

الجزء الثاني من المعى الدقيق، يدعى الصائم. ويبلغ طوله حوالي 8 أقدام وفيه تتم معظم العملية الهضمية. أما الجزء الثالث والأخير فيسمى المعى الليفي، وهو بطول 12 قدماً تقريباً. مهمته الأساسية تقوم على امتصاص المغذيات عبر جدران الخلايا التي تكونه. وفي الوقت الذي تبلغ فيه بقية الطعام آخر المعى الليفي، تكون جميع الفيتامينات والمغذيات قد تم امتصاصها في ما عدا الفيتامين ب 12 B-12 الذي يمتصه الجسد في طرف المعى الليفي. وهنا أيضاً يتم امتصاص أحماض الصفراء التي قد تسبب الإسهال إن ظلت في بقية الطعام.

وتستغرق رحلة الطعام عبر المعى الدقيق ما بين 30 دقيقة وثلاث ساعات عموماً، اعتماداً على مكونات الوجبة.

## القولون

يعرف أيضاً بالمعى الغليظ، وهو يخزن بقية الطعام التي لا يتمكن الجسد من هضمها ويزيلها. وبالرغم من أنّ القولون أقصر من المعى الدقيق، إذ يبلغ طوله حوالي 6 أقدام، إلا أنه يفوقه من حيث القطر.



وتقريباً يحيط القولون تماماً بالمعى الدقيق من الجانبين ومن الأعلى والأسفل (أنظر الشكل صفحة 16).

يدخل الطعام إلى القولون عبر صمام عضلي آخر يدعى الصمام اللفائفي الأعوري الذي يؤدي دور بوابة. ويفتح هذا الصمام الموجود في آخر المعى الدقيق باتجاه واحد فقط، بحيث يمنع بقية الطعام التي تعبر القولون من العودة إلى المعى الدقيق. وحين تصل هذه البقية إلى القولون، يكون الجسد قد امتصّ كل ما يقدر عليه من المغذيات تقريباً. ويبقى الماء والالكتروليت كالصوديوم والكلوريد، والفضلات كالألياف النباتية والبكتيريا والخلايا الميتة المتساقطة من بطانة القناة الهضمية. وخلال 12 إلى 24 ساعة التي تعبر فيها بقية الطعام القولون، يمتص الجسد الماء الموجود فيها بأكمله تقريباً، أي ما يتراوح بين 2 إلى 3 باينت يومياً. أما الباقي، ويدعى البراز، فيكون عادة ليناً ولكنه جامد، ومحمّل بالبكتيريا التي لا تؤذي الجسد ما دام جدار القولون سليماً. وتؤدي هذه البكتيريا إلى تخمر بعض نواتج الأطعمة منتجةً الغاز. وهذا الغاز المسمى ريحاً، هو أساساً مزيج لا رائحة له من الهيدروجين والميثان وثاني أكسيد الكربون. أما الروائح، فهي تنتج عن بعض الأطعمة خاصة تلك الغنية بالكبريت كالثوم والملفوف أو الأنواع المحتوية على مواد حافظة مرتكزة على الكبريت كالخبز ورقائق البطاطا.

وتتحرك فضلات الطعام في القولون بواسطة التقلص العضلي، حيث تقسمها عضلات القولون إلى أجزاء صغيرة. وبعد كل وجبة، تحدث تحركات هامة في القولون النازل. وأثناء ذلك، تجتمع أجزاء الفضلات لتكوين البراز الذي يتم دفعه إلى أسفل القولون والمستقيم.

ويعطي شدّ جدران المستقيم إشارة بالحاجة إلى التبرّز. وكلما تأخر تحرير البراز، ازدادت كمية الماء التي يمتصها الجسد من الفضلات مما يجعل البراز أكثر اشتداداً ويصعب طرده، وتدعى هذه الحالة بالإمساك.

وتشكل عضلات المصرة في الشرج الصمام الأخير. فمع استرخاء هذه العضلات، تنقلص جدران المستقيم لزيادة الضغط. وقد تضطر في بعض الأحيان إلى الضغط بعضلات البطن، مما يحدث ضغطاً على الجهات الخارجية للقولون والمستقيم. وبهذا التنسيق بين العضلات يتم طرد البراز.

### الحفاظ على سلامة القناة الهضمية

إن سلامة الجهاز الهضمي على علاقة وثيقة بالنمط المعيشي، بما في ذلك الطعام الذي تتناوله ومقدار التمارين التي تمارسها ووتيرة حياتك اليومية ودرجة توترك.

ونظراً لقدرة الجهاز الهضمي الفائقة على التكيف، فإن باستطاعته أن يتكيف مع أنواع لا حصر لها من الأطعمة. كما يتمتع بقدره مذهلة على احتمال الضغط واستقبال الوجبات السريعة. غير أنه مع الوقت، من شأن النظم الغذائية غير السليمة وعادات الأكل السيئة أن تترك آثارها المؤذية عليه. فتصبح حالات الحرقة وألم البطن العارضة أكثر تواتراً وحدّة.

غير أنّ المشاكل الهضمية لا تتجم جميعها عن النمط المعيشي. إذ يعتقد أنّ بعض الحالات هي ذات منشأ وراثي أو مرتبطة بإصابة بعدوى. والسبب مجهول بالنسبة إلى البعض الآخر.



وتحتوي الفصول التالية على معلومات تساعدك على العناية  
بجهازك الهضمي وتجنب المشاكل الخطيرة، هذا بالإضافة إلى  
استراتيجيات للتعرف على حالات تعاني منها وعلاجها.



### نصائح لهضم سليم

إن ما تسكبه في طبقك كل يوم له تأثير كبير على الهضم السليم والصحة. غير أن الأمر لا يتوقف على ما تتناوله من أطعمة. فثمة دور أساسي لكمية الطعام والطريقة التي تتناوله بها، أي باسترخاء أو بسرعة.

والواقع أنه من غير الممكن تجنب جميع المشاكل الهضمية أو علاجها بتغيير نمط الحياة بكل بساطة. فبعض الاضطرابات الهضمية وراثية أو مجهولة السبب، ويحتاج علاجها إلى عناية أكثر تطوراً. بيد أن العادات المعيشية السليمة من شأنها أن تقطع شوطاً بعيداً باتجاه الحفاظ على سلامة الجهاز الهضمي. وفي ما يلي مستلزمات الهضم السليم:

#### أكثر من الألياف

تستقبل المعدة كل ما يدخل فيها تقريباً. غير أن بعض الأطعمة تميل لأن تعبر القناة الهضمية بسهولة وسرعة وتساعد على لتأدية وظيفتها بشكل سليم. وتشكل هذه الأطعمة أساس الغذاء الصحي.

فالأطعمة النباتية، بما فيها الفاكهة والخضروات والأطعمة المصنوعة من الحبوب الكاملة، تحتوي على فيتامينات وأملاح معدنية ومركبات مفيدة من شأنها أن تحمي الجسد من الأمراض السرطانية (الكيميائيات النباتية). كما تعتبر الأطعمة النباتية مصادراً ممتازة للألياف، وهي مغذيات هامة للعملية الهضمية.

وتتواجد الألياف بنوعين، قابل وغير قابل للذوبان. تمتص الألياف القابلة للذوبان ما يعادل 15 مرة وزنها من الماء أثناء انتقالها عبر القناة الهضمية، وتنتج برازاً ليناً. وهي متواجدة بكثرة في الشعير والبقول والفاكهة. أما الألياف غير القابلة للذوبان، والموجودة في الخضروات والحبوب الكاملة، فتعطي برازاً متماسكاً. وتليين البراز وتماسكه يساهمان في منع الإمساك وبعض أنواع الإسهال وعوارض مرض تهيج الأمعاء. كما يخففان الضغط في القناة الهضمية مما يؤدي إلى تقليص خطر الإصابة بالبواسير وبالداء الرتجي، وهي حالة تتكون فيها جيوب على الجدران المعوية.

وللألياف فوائد أخرى. فمن المؤكد أن الألياف القابلة للذوبان من شأنها أن تخفض مستوى الكوليسترول عبر زيادة كمية حمض الصفراء الذي يتم إفرازه في البراز. فمن أجل إفراز مزيد من حمض الصفراء، يزيد الكبد كمية أكبر من الكوليسترول من الدم. ومن شأن الألياف أيضاً أن تساعد على ضبط مستوى السكري بابطاء تحرير السكر في مجرى الدم. بيد أنه من غير المؤكد ما إذا كانت هذه الفائدة ناجمة عن الألياف نفسها أو عن كون النظم الغذائية الغنية بالألياف تحتوي على نسب منخفضة من الدهون وعلى مغذيات أخرى من شأنها التأثير على مستوى السكر في الدم. أما بالنسبة إلى السرطان فتبقى فوائد الألياف غير واضحة. فاستناداً إلى بعض الدراسات، للأنظمة الغذائية الغنية بالألياف دور في الحماية من سرطان القولون والثدي، بينما تنفي دراسات أخرى وجود هذه العلاقة. وقد تتمثل العوامل الواقية الحقيقية بمكونات أخرى للأطعمة الغنية بالألياف، كالكيميائيات النباتية.

من سوء الحظ أن كثيراً من الأشخاص لا يتناولون حصصاً كافية من الألياف. إذ يستهلك الأميركيون عموماً ما يتراوح بين 10 إلى 15 غراماً من الألياف يومياً. بينما توصي القواعد الغذائية بضعف هذه الكمية. إليك الأنواع والكميات من الأطعمة الموصى بتناولها يومياً لمضاعفة استهلاكك من الألياف وتحسين صحتك عامةً. وبالتركيز على هذه الأطعمة فأنت تحدّ في الوقت نفسه من استهلاك الدهون. فمن

شأن فائض الدهون أن يببطى العملية الهضمية وأن يسبب الحرقه والانتفاخ والإمساك، إضافة إلى مضاعفة خطر الإصابة باعتلال القلب والداء السكري وربما حتى سرطان القولون.

**حبوب: من 6 إلى 11 حصة.** الحبوب، من قمح وخبز وأرز ومعكرونة، غنية بالكربوهيدرات المركبة المليئة بالطاقة كما أنها تحتزن مغذيات هامة بما في ذلك الألياف.

يجب أن تكوّن الحبوب بالتالي، إضافة إلى الخضروات والفاكهة، أساس غذائك اليومي. واختر الحبوب الكاملة قدر الإمكان لاحتوائها على كمية أكبر من الألياف.

**الخضروات: 3 حصص على الأقل.** تحتوي الخضروات بالطبع على عدد منخفض من السعرات الحرارية وتخلو تقريباً من الدهون. وهي تزود الجسد بالألياف والفيتامينات والمعادن والكيميائيات النباتية.

**الفاكهة:** حصتان على الأقل. تحتوي الفاكهة عموماً على عدد قليل من السعرات الحرارية وتخلو تقريباً من الدهون، كما تشتمل على ألياف وفيتامينات ومعادن وكيميائيات نباتية مفيدة. وتعتبر الفاكهة الطازجة عامةً أغنى بالألياف من الفاكهة المعلبة. إن الفاكهة المجففة غنية بالألياف غير أنها بالمقابل غنية أيضاً بالسعرات الحرارية.

**مشتقات الألبان:** حصتان إلى ثلاث. يعتبر الحليب والروب والجبن مصادر هامة للكالسيوم والفيتامين D الذي يساعد الجسم على امتصاص الكالسيوم. كما أنها تحتوي على البروتين الضروري لتكوين أنسجة الجسد والحفاظ عليها. ولكن من شأن منتجات الألبان أن تكون غنية بالدهون والكوليسترول، بالتالي، يستحسن اختيار المنتجات التي تحتوي على نسب منخفضة من الدهن أو الخالية منه.

**الدجاج، الأطعمة البحرية واللحوم:** ثلاث حصص على الأكثر. تشكل هذه الأطعمة مصادر غنية بالبروتين إضافة إلى الفيتامين B والحديد والزنك. ولكن، نظراً لاحتوائها على الدهون والكوليسترول، حتى الأنواع الحمراء منها، أبق حصتك ضمن 6 أونصات أو أقل.

### الأطعمة الأغنى بالألياف

اهدف إلى استهلاك 25 إلى 30 غراماً من الألياف يومياً تستمدتها من مصادر متنوعة من الأطعمة. ولتجنب الانزعاج الهضمي والغازات التي تنتج عن تناول كمية كبيرة من الألياف بسرعة، اعمد إلى مضاعفة استهلاكك تدريجياً على امتداد أسبوعين. وإليك كمية الألياف في بعض الأطعمة الشائعة:

الغرامات	الغرامات	الخبز والقمح وغيرها من منتجات الحبوب
3	Cheeriors, General Mills (كوب واحد)	كلوقز All-Bran/Extra Fiber (نصف كوب)
3	أرز، أسمر / مطبوخ (كوب واحد)	Fiber One, General Mills (نصف كوب)
2	خبز الأرز الكامل (شريحة واحدة)	كلوقز All-Bran (نصف كوب)
2	سباغيتي، الغنية (كوب واحد مطبوخ)	Bran 100%, Nabisco (ثلث كوب)
1	Bagel (ثلاث إنشات ونصف)	Raisin Bran, Post (كوب واحد)
1	كلوقز، كورن فليكس (كوب واحد)	بيترزا بالخبز الفرنسي، Healthy Choice (6 أونصات)
1	خبز القمح المجروش (شريحة واحدة)	Shredded Wheat, Quaker (ثلاث بسكوتات)
1	باستا البيض، الغنية (كوب واحد مطبوخ)	كلوقز Cracklin' Oat Bran (ثلاثة أرباع الكوب)
1	خبز طحين الشوفان (شريحة واحدة)	Grape Nuts, Post (ثلاثة أرباع الكوب)



1	خبز القمح الكامل (شريحة واحدة)	4	طحين الشوفان، السريع / العادي / الفوري (كوب مطبوخ)
0.6	خبز أبيض (شريحة واحدة)	3	Bran'ola (شريحة واحدة) الفاكهة
3	برتقال، فالنسيا (حبة متوسطة الحجم)	8	أفوكاتو، طازجة/ California (حبة متوسطة الحجم)
3	دراق، معلب / معصور (كوب واحد)	8	توت العليق، نيء (كوب واحد)
3	فراولة طازجة (كوب واحد)	6	تمر، مجفف (10 حبات)
2	موز (حبة متوسطة الحجم)	6	خوخ (10 حبات مجففة)
1	صلصة التفاح، غير محلاة (نصف كوب)	4	إجاص، معلب، معصور (كوب واحد)
1	كرز، حلو (10 حبات)	4	زبيب، بدون بذور (ثلثي الكوب)
1	كريب فروت وردي وأحمر (نصف حبة متوسطة الحجم)	3	تفاح، غير مقشر (حبة متوسطة الحجم)
1	دراق، نيء (حبة متوسطة الحجم)	3	عنبية (كوب واحد)
2	فول أخضر (نصف كوب)	13	بقول وخضروات (مطبوخة إلا عند تحديد العكس)
2	بطاطا، مسلوقة، مقشرة (حبة متوسطة الحجم)	13	الفول، المجفف، المجهز منزلياً (كوب واحد)
2	سيانخ (نصف كوب)	6	Lima beans (نصف كوب)
2	كوكتيل عصير الخضروات (5.5 أونصات سائلة)	4	حساء Campbell's، Chunky Veg. (كوب واحد)
1	ملفوف أحمر (نصف كوب مفروم)	4	فوشار، محمص على الهواء (ثلاثة أكواب ونصف)
1	قرنبيط (نصف كوب، قطع)	3	حمص، معلب (نصف كوب)
1	خس (5 أوراق)	3	بطاطا حلوة (حبة واحدة، مشوية بقشرتها)
1	بصل، نيء (نصف كوب مفروم)	2	بروكولي، مسلوقة (نصف كوب)
1	طماطم، نيئة (حبة واحدة)	2	جزر، نيء (نصف كوب)
0.7	كرفس (قضييب نيء، بطول 7 إنشات ونصف)	2	ذرة (نصف كوب)
4	نخالة الشوفان غير المطبوخة (3/1 كوب)	21	مكونات الطبخ نخالة الذرة (3/1 كوب)
3	طحين ابيض (كوب)	14	طحين القمح الكامل (كوب واحد)
3	بزر القمح النيء (ربع كوب)	9	دقيق الذرة الأبيض/المنزوع البزر/ الغني (كوب واحد)
1	فتات الخبز	9	طحين الصويا، القليل الدهن (كوب واحد)

المصدر : Bowes and Church's Food Values of Portions Commonly Used 17 th ed.

**تحديد حجم الحصة**

قد يبدو عدد الحصص الموصى بها لكل مجموعة من الأطعمة كبيراً، غير أن حجم الحصص قد يكون أصغر مما تعتقد. إليك بعض الأمثلة عما يمكن اعتباره حصة واحدة:

الطعام	أمثلة على الحصص
حبوب	شريحة واحدة من خبز القمح الكامل نصف فطيرة إنكليزية (مافن)

نصف كوب مطبوخ (3 أونصات/90 غراماً) من الحبوب أو الأرز أو المعكرونة نصف كوب (أونصة/30 غرام) من الحبوب الجاهزة للأكل	
4/3 الكوب (6 أونصات/180 مليلتر) 100% عصير فاكهة حبة واحد متوسطة الحجم من التفاح أو الموز كوب واحد (أونصتين/60 غراماً) من الخضروات الورقية النيئة نصف كوب (3 أونصات/90 غراماً) من الخضروات المطبوخة حبة واحد متوسطة الحجم من البطاطا	فاكهة وخضروات
كوب واحد (8 أونصات سائلة/250 مليلتر) من الحليب المنخفض الدهون أو الخالي من الدهون كوب واحد (8 أونصات/250 غراماً) من اللبن المنخفض الدهون أو الخالي من الدهون أونصة ونصف (45 غراماً) من الجبن المنخفض الدهون أو الخالي من الدهون كوبان (16 أونصة/500 غرام) من جبن الحلوم المنخفض الدهون أو الخالية من الدهون	منتجات الألبان
2-3 أونصات (60-90 غراماً) من الدجاج أو الأطعمة البحرية أو اللحم الأحمر المطبوخ والخالي من الجلود	
نصف كوب مطبوخ (3 أونصات ونصف/105 غرام) من الفاصوليا أو الحمص الجاف أو العدس	الدجاج، الأطعمة البحرية، اللحم
	الخضروات

**البقول:** تكرر، كبديل للأطعمة الحيوانية. تعتبر البقول، من فاصوليا وحمص مجفف وعدس، التي تتخضض فيها نسب الدهون وتخلو من الكولسترول، المصدر الأفضل للبروتين النباتي. كما أنها غنية بالألياف.

**الدهون والحلويات:** باقتصاد. تحتوي الدهون والسكريات على كثير من السعرات الحرارية وتخلو من العناصر الغذائية. لتخفيف استهلاكك من الدهون، خفّض كمية الزبدة والمارجرين والزيوت التي تستعملها في الطبخ وقلل أيضاً من تناول الأطعمة المحتوية على السكر كالكعك والحلويات والعصير المحلى.

### أكثر من السوائل

تساعد السوائل على الهضم الصحي بجعلها بقية الطعام زلقة بحيث تمر بسهولة في القناة الهضمية. كما أنها تعمل على تليين البراز مما يساهم في منع الإصابة بالإمساك. علاوة على ذلك، للسوائل دور في تدوير الفيتامينات والمعادن وغيرها من المغذيات، مما يسهل على الأنسجة عملية امتصاصها.

### ما هي الكمية الكافية؟

لتحديد كمية السوائل التي يحتاجها جسدك، قسّم وزنك (بالباوندات) إلى النصف. ويعادل الحاصل الكمية التقريبية من السوائل (بالأونصات) التي عليك تناولها يومياً. وبالنسبة إلى كثير من الناس، يتراوح الحاصل بين 8 إلى 10 أكواب سعة 8 أونصات.

ويمثّل الماء عموماً المشروب الأفضل. ويحتوي الحليب والعصير وغيرها من المرطبات على 90 بالمئة من الماء، وبإمكانها بالتالي أن تساعد أيضاً على سد حاجات الجسد اليومية من السوائل (أنظر فقرة

"ما هي الكمية الكافية؟". ولا تدخل المشروبات المحتوية على الكافيين والكحول ضمن هذه المجموعة. فهي تعمل كمدر للبول وتضاعف فقدان الجسد للسوائل.

وفي الصباح، يستحسن تناول مشروب دافئ عوضاً عن المرطبات الباردة، خاصةً إن كنت تعاني من الإمساك. وبعد 30 دقيقة من شربه ستشعر بحاجة طبيعية إلى التبرز.

### إعتمد عادات غذائية سليمة

إن الطريقة التي نتناول فيها طعامنا لا تقل أهمية عن مكونات وجباتنا. فالمشاكل الهضمية قد تتجم بكل بساطة عن عادات سيئة.

### كل بكميات معتدلة

إن إحدى أعظم الإساءات الغذائية التي يرتكبها الأميركيون تتمثل بالإفراط في الأكل. فالجسد قادر على إفراز كمية محدودة من العصارات الهضمية. والوجبات الكبيرة تضع الجهاز الهضمي تحت ضغط إضافي. بينما يزيد فرط الأكل كمية بقية الطعام في القناة الهضمية ويضاعف من الانزعاج، يتم هضم الكميات المعتدلة من الغذاء بسهولة وراحة أكبر. ومن شأن الإفراط في استهلاك الطعام أن يسبب البدانة أيضاً.

### كل وفقاً لمواعيد منتظمة

تعمل الأعضاء الهضمية بشكل أفضل عندما نتبع جدولاً غذائياً منتظماً مؤلفاً من وجبات ثلاث: فطور، غداء وعشاء. فتقويت إحدى الوجبات قد يؤدي إلى فرط الشعور بالجوع وغالباً ما ينتهي بالإفراط في الأكل. أما الأشخاص الذين يأكلون كلما شعروا بالجوع أو وجدوا الوقت لذلك فيميلون إلى استهلاك كمية أقل من الأطعمة المغذية مقارنة بمن يتناول ثلاث وجبات يومية. علاوة على ذلك، يسمح الجدول الغذائي المنتظم للجهاز الهضمي بالاستراحة بين الوجبات.

### استرخ أثناء تناول الطعام

توازي هذه القاعدة بأهميتها القاعدة السابقة. فحين يكون الإنسان مسترخياً نجده ميالاً إلى مضغ الطعام بصورة أفضل، بينما تتدفق عصاراته المعدية والمعوية بحرية أكبر وتتقلص عضلاته الهضمية وتسترخي بشكل طبيعي. أما عندما يأكل بسرعة، فهو لا يمضغ الطعام جيداً، وغالباً ما يبتلع معه الهواء، مما يسبب الحرقة أو الانتفاخ والغازات. فتناول الطعام أثناء الشعور بالتوتر يؤثر على عمل الأمعاء الطبيعي وقد يؤدي إلى انزعاج المعدة أو يسبب الانتفاخ أو الإمساك أو الإسهال.

### حافظ على وزن صحي

إن ظهور المشاكل الهضمية غير مرتبط بالوزن. غير أنّ الحرقة والانتفاخ والإمساك تبدو أكثر شيوعاً لدى أصحاب الوزن الزائد. بالتالي، فإن الحفاظ على وزن صحي من شأنه أن يساعد غالباً على منع هذه العوارض أو تخفيفها.

### هل أنت تتمتع بوزن صحي؟

ثمة ثلاث عمليات تقييم ذاتية يمكنك القيام بها لمعرفة ما إذا كنت تتمتع بوزن صحي أو يمكنك الاستفادة من تخفيف الوزن.

**مؤشر كتلة الجسد.** هو عبارة عن صيغة تأخذ بالاعتبار وزن الجسد وطوله لمعرفة ما إذا كانت نسبة الدهون فيه صحية أم لا.



لمعرفة مؤشر كتلة جسدك، حدد طولك على الجدول أدناه ومقابل له الوزن الأقرب لوزنك. وعند أعلى العمود تجد مؤشر كتلة الجسد. (إن كان وزنك أقل من الوزن التقريبي الموجود في الجدول فسيكون مؤشر كتلة الجسد أقل بقليل. أما إن فاق وزنك الوزن التقريبي، فمؤشر كتلة الجسد يكون أعلى بقليل.) ويعتبر مؤشر كتلة الجسد الذي يتراوح بين 19 و24 صحياً، بينما يشير المؤشر الذي يتراوح بين 25 و29 إلى وزن زائد، ومن 30 وما فوق إلى البدانة.

**محيط الخصر.** يشير هذا المقياس إلى المكان الذي تتركز فيه دهون الجسد. إذ يشبه الأشخاص الذين يتركز معظم وزنهم في منطقة الخصر بالتفاحة، بينما يلقب أولئك الذين يتركز وزنهم تحت الخصر وحول الوركين والفخذين بالإجاصة.

ويعتبر شكل الإجاصة أفضل عموماً من شكل التفاحة. ذلك أنّ فائض الدهون حول البطن يقترن بشكل عام بازدياد خطر الإصابة بالنوبة القلبية وغيرها من الأمراض الناجمة عن الوزن الزائد.

ما هو مؤشر الكتلة الجسدية؟

بدانة				وزن زائد							وزن صحي		الجسدية
50	45	40	35	30	29	28	27	26	25	24	19		
الوزن كيلوغرام/باوند												الطول سم/إنش - قدم	
239/108	215/97	191/86	167/75	143/64	138/62	134/60	129/58	124/56	119/54	115/52	91/41	4'10"	
247/112	222/101	198/90	173/78	148/67	143/64	138/62	133/60	128/58	124/56	119/54	94/42	4'11"/1"	
255/116	230/104	204/92	179/80	153/69	148/67	143/64	138/62	133/60	128/58	123/55	97/44	5'0"	
264/118	238/107	211/96	185/83	158/71	153/69	148/67	143/64	137/62	132/59	127/57	100/45	5'1"/1"	
273/122	246/110	218/98	191/86	164/74	158/71	153/69	147/66	142/64	136/61	131/59	104/47	5'2"	
282/126	254/114	225/102	197/88	169/76	163/73	158/71	152/68	146/66	141/63	135/61	107/48	5'3"/1"	
291/130	262/117	232/104	204/92	174/78	169/76	163/73	157/71	151/68	145/65	140/63	110/50	5'4"	
300/136	270/122	240/108	210/95	180/81	174/78	168/76	162/73	156/70	150/68	144/65	114/51	5'5"/1"	
309/140	278/126	247/112	216/97	186/84	179/81	173/78	167/75	161/72	155/70	148/67	118/53	5'6"	
319/144	287/129	255/114	223/100	191/86	185/83	178/80	172/77	166/75	159/72	153/69	121/54	5'7"/1"	
328/148	295/134	262/120	230/104	197/89	190/86	184/83	177/80	171/77	164/74	158/71	125/56	5'8"	
338/152	304/137	270/122	236/106	203/91	196/88	189/85	182/82	176/79	169/76	162/73	128/58	5'9"/1"	
348/156	313/141	278/126	243/109	209/94	202/91	195/87	188/85	181/81	174/78	167/75	132/59	5'10"	
358/162	322/145	286/128	250/113	215/97	208/94	200/90	193/87	186/84	179/81	172/77	136/61	5'11"/1"	
368/166	331/149	294/132	258/116	221/99	213/96	206/93	199/90	191/86	184/83	177/80	140/63	6'0"	
378/170	340/153	302/136	265/119	227/102	219/99	212/95	204/92	197/89	189/85	182/82	144/65	6'1"/1"	
389/174	350/157	311/140	272/122	233/105	225/101	218/98	210/95	202/91	194/87	186/83	148/67	6'2"	
399/180	359/162	319/144	279/126	240/108	232/104	224/101	216/97	208/94	200/90	192/86	152/68	6'3"/1"	
410/184	369/166	328/148	287/129	246/111	238/107	230/104	221/99	213/96	205/92	197/89	156/70	6'4"	

معدّل من قبل المعاهد الوطنية لإرشادات الصحة السريرية حول التعرف على حالات فرط الوزن والبدانة لدى الراشدين وتقييمها وعلاجها، 1998.

لمعرفة ما إذا كنت تعاني من وزن زائد عند البطن، خذ مقياس خصرك عند أصغر نقطة فيه، وهي تقع عادة عند مستوى السرة. ويشير المقياس الذي يتجاوز 40 إنشاً (102 سم) لدى الرجال و35 إنشاً (88 سم) لدى النساء إلى ازدياد المخاطر الصحية، خاصةً إن تراوح مؤشر كتلة الجسد بين 25 و35.

**التاريخ الشخصي والعائلي.** إنّ إجراء تقييم للتاريخ الطبي والعائلي له أهميته أيضاً في تحديد ما إذا كان الوزن صحياً:

- هل تعاني من مشكلة صحية، كمرض الارتداد المعدي المريئي، يساعد تخفيف الوزن على علاجها؟

- هل لديك تاريخ عائلي بمرض ناجم عن الوزن الزائد كالسكري أو ارتفاع ضغط الدم؟
- هل ارتفع وزنك بشكل كبير منذ كنت في المرحلة الثانوية؟ فارتفاع الوزن في سنّ الرشد مقترن بزيادة المخاطر الصحية.

- هل تدخن السجائر أو تعيش تحت ضغط كبير؟ إن اقتران الوزن الزائد بالحالات المذكورة، من شأنه أن يسبب مضاعفات صحية أكثر خطورة.

**النتائج.** إن أظهر مؤشر كتلة جسدك أنك لا تعاني من وزن زائد وأن الجزء الأكبر من وزنك لا يتركز في وسطك، فأنت لن تجني على الأرجح أية فائدة صحية من تخفيف الوزن، بل تتمتع بوزن صحي. أما إن تراوح مؤشر كتلة جسدك بين 25 و 29 أو تجاوز مقياس خصرك الشروط الصحية أو أجبت بنعم على واحد على الأقل من الأسئلة الشخصية أو العائلية، فإنك قد تستفيد من فقدان بضعة باوندات من وزنك. ناقش إذاً هذه المسألة مع طبيبك في المعاينة المقبلة.

وفي حال بلغ مؤشر كتلة جسدك 30 وما فوق، فإن تخفيف الوزن سيساهم في تحسين صحتك العامة وسيزيد من مستوى طاقتك، هذا بالإضافة إلى تقليص خطر الإصابة بأمراض ناجمة عن الوزن في المستقبل.

#### هل أنت بحاجة إلى إنقاص وزنك؟

إنّ أفضل طريقة لتخفيف الوزن بأمان والحفاظ عليه تتمثل بتغيير أنماط الحياة. إذ يعد كثير من المستحضرات والبرامج الغذائية بالمساعدة على إنقاص الوزن، غير أنها ليست دوماً آمنة أو فعالة. كما أن كثيراً من الناس يسترجعون لاحقاً ما فقدوه.

إليك بعض الخطوات التي قد تساعدك على النجاح:

**قم بالتزام.** يجب أن تشعر بحافز لتخفيف وزنك نابع من رغبتك أنت وليس من رغبة شخص آخر. فوحدهم القادر على دعم نفسك في هذه العملية. غير أنّ ذلك لا يعني أنه عليك العمل وحدك. فالطبيب أو خبير التغذية المسجّل أو المختص بالعناية بالصحة يمكنهما التعاون معك على وضع خطة لتخفيف الوزن.

**فكر بطريقة إيجابية.** لا تتحسر على ما تخلّيت عنه لكي تفقد من وزنك. بل قم عوضاً عن ذلك بالتركيز على ما تكسبه. فبدلاً من القول "اشتقت كثيراً لأكل كعكة محلاة عند الفطور"، قل لنفسك "أشعر بكثير من التحسن عندما أتناول توست من القمح الكامل وحبوب في الصباح".

**أنجز أولوياتك أولاً.** التوقيت هو عنصر حيوي. فلا تحاول تخفيف وزنك حين تكون منشغلاً بمسائل أخرى. ذلك أنّ تغيير العادات يستلزم طاقة ذهنية وجسدية كبيرة. بالتالي، إن كنت تواجه مشاكل عائلية أو مالية، أو كان أحد أصدقائك أو أفراد عائلتك مريضاً، قد لا يكون هذا هو الوقت الأنسب لتخفيف الوزن.

**ضع هدفاً واقعياً.** لا تهدف إلى تحقيق وزن خيالي يتناسب مع معايير النحافة في المجتمع. بل حاول التوصل إلى وزن مريح كنت تتمتع به في شبابك. وفي حال كنت دوماً من ذوي الوزن الزائد، اهدف إلى تحقيق وزن يخفف العوارض الهضمية التي تشعر بها ويضاعف مستوى طاقتك. والواقع أنه حتى فقدان المتواضع للوزن - حوالي 10 بالمئة منه - من شأنه أن يخلف فوائد صحية هامة.

تقبّل إذاً حقيقة كون فقدان الصحي للوزن هو عملية بطيئة وثابتة. فالخطة الجيدة لتخفيف الوزن تشتمل على فقدان ما لا يتجاوز باوند واحد إلى باوندين (الباوند = 453 غ) أسبوعياً. ضع بالتالي أهدافاً أسبوعية أو شهرية يمكنك النجاح في بلوغها.



**تعرف على عاداتك.** اسأل نفسك إن كنت تميل إلى الأكل عند الشعور بالضجر أو الغضب أو التعب أو حين تكون قلقاً أو مجهداً أو تحت ضغط اجتماعي. وفي هذه الحال، جرّب هذه الحلول:

- قبل تناول أي شيء، اسأل نفسك إن كنت تريد الأكل فعلاً.
- افعل شيئاً لإلهاء نفسك عن الرغبة بالأكل، كالاتصال بصديق أو القيام بمهمة عليك إنجازها.
- إن كنت تشعر بالتوتر أو الغضب، استغل هذه الطاقة في أمر بناء. فعوضاً عن الأكل، قم بنزهة سيراً على الأقدام.

**لا تجوع نفسك.** فالوجبات السائلة وأقراص الحمية ومركبات الأطعمة الخاصة لا تشكل وسائل للحفاظ على الوزن وتحسين الصحة على المدى الطويل. والواقع أن أفضل طريقة لتخفيف الوزن هي بتناول كمية أكبر من الأطعمة المغذية، كالحبوب والفاكهة والخضروات، والتقليل من المأكولات المحتوية على الدهون. من جهة ثانية، يحاول كثير من الناس تخفيف وزنهم بتناول ما يتراوح بين 1000 و1500 سعرة حرارية في اليوم. والحقيقة أن إنقاص عدد السعرات الحرارية إلى ما دون 1200 سعرة لدى النساء أو 1400 سعرة لدى الرجال لا يؤمن كمية مشبعة من الطعام، فتشعر بالجوع قبل الوجبة التالية. إضافة إلى أن استهلاك أقل من 1200 سعرة حرارية في اليوم يجعل من الصعب الحصول على الكميات الضرورية لبعض المغذيات. كما يساهم هذا النوع من الحمية في فقدان المؤقت للسوائل وفي فقدان العضلات الصحية، عوضاً عن فقدان الدائم للدهون.

**حافظ على التزامك.** لا تسمح للعقبات العرضية التي ستواجهك بثيك عن الحفاظ على التزامك. فإن وجدت نفسك تقع من جديد في عادة قديمة سيئة، الجأ إلى نفس الاستراتيجيات التي ساعدتك على التخلص من هذه العادة في المرة الأولى. فتناول الأطعمة المغذية والتمرن لبضعة أسابيع أو حتى شهر ليس كافياً، بل عليك تحويل هذه العادات الجديدة إلى جزء من حياتك اليومية.

**ضاعف مستوى نشاطك.** إن اتباع الحمية وحدها يساعدك على تخفيف وزنك. غير أن إدراج التمارين الرياضية ضمن روتينك اليومي يمكنك من مضاعفة ما تفقده من وزن. فالتمارين هو العامل الأكثر أهمية لتخفيف الوزن على المدى الطويل.

### **مارس الرياضة بانتظام**

تعتبر التمارين الهوائية (الأيروبيك)، التي تزيد التنفس وضربات القلب، الرياضة الأفضل للهضم الصحي. إضافة إلى تحسين صحة القلب والرئتين، تعمل هذه التمارين على تحفيز نشاط العضلات المعوية، مما يساعد على انتقال بقية الطعام في الأمعاء بسرعة أكبر. كما تساهم التمارين الهوائية في تخفيف الوزن وزيادة القدرة على الاحتمال وتقوية الجهاز المناعي. حاول بالتالي القيام بتمارين هوائية لثلاثين دقيقة على الأقل معظم أيام الأسبوع إن لم يكن يومياً. ويعتبر المشي من أكثر التمارين الهوائية شيوعاً لكونه سهلاً ومريحاً وغير مكلف. وكل ما تحتاجه لذلك هو زوج مريح من أحذية المشي. أما باقي التمارين الهوائية فتشتمل على:

- ركوب الدراجة
- الغولف "سيراً وليس ركوباً"
- الكرة الطائرة
- التجوال سيراً



- التزلج
- كرة المضرب
- كرة السلة
- الرقص
- الرقص الهوائي
- الهرولة
- العدو
- السباحة

### مقياس الجهد الملحوظ

يشير التمرين الملحوظ إلى المقدار الإجمالي للمجهود والتوتر الجسدي والتعب الذي تمر به خلال النشاط الجسدي. ولكي يكون النشاط الذي تمارسه مفيداً لصحتك، قم بمجهود "معتدل" إلى "قوي بعض الشيء".

0 لا شيء على الإطلاق

1 ضعيف جداً

2 ضعيف

3 معتدل

4 قوي بعض الشيء

5 قوي

6

7 قوي جداً

8

9

10 قوي جداً

### برنامج لياقة كامل

لا تشكل التمارين الهوائية سوى عنصر واحد من برنامج كامل لللياقة البدنية. إذ لتمرين الشد والتقوية دورها أيضاً في تحسين الصحة. فشد العضلات قبل التمارين الهوائية وبعدها يضاعف المجال الذي تستطيع ضمنه ثني وشد المفاصل والعضلات والأربطة. كما أنّ تمارين الشد تساعد على منع ألم المفاصل وإصابتها.

وتعمل تمارين التقوية على تقوية العضلات لتحسين الوضعية والتوازن والتنسيق. كما أنها تحسن من صحة العظام وتزيد معدّل الأيض مما قد يساعد على الحفاظ على الوزن.

لمزيد من المعلومات حول تمارين شد العضلات وتقويتها، قم بزيارة موقعنا على الشبكة، [www.MayoClinic.com](http://www.MayoClinic.com)، حيث ستجد بالإضافة إلى ذلك نصائح عن كيفية وضع برنامج لياقة شخصي.

قبل مباشرة برنامج رياضي



من المستحسن غالباً استشارة الطبيب قبل مباشرة برنامج رياضي. فإن كنت تعاني من مشكلة صحية أو كنت عرضة للإصابة باعتلال قلبي، قد تضطر إلى أخذ بعض الاحتياطات أثناء التمرن.

من الضروري رؤية الطبيب إن:

- كنت غير أكيد من وضعك الصحي.
- عانيت سابقاً من انزعاج في الصدر أو قصر في النفس أو دوار أثناء التمرين أو النشاط المضي.
- كنت رجلاً بسن الأربعين وما فوق أو امرأة بسن الخمسين وما فوق ولم تخضع مؤخراً لفحص جسدي.
- كان ضغط دمك 90/140 ملم من الزئبق أو أعلى.
- كنت مصاباً بالسكري أو بمرض رئوي أو كلوي.
- كان لديك تاريخ عائلي بمشاكل مرتبطة بالقلب قبل سن الخامسة والخمسين.

### سيطر على التوتر

من شأن الاضطرابات الهضمية أن تطرأ لأسباب تتعدى مجرد الغذاء غير السليم أو قلة التمارين الرياضية. فالقناة الهضمية طويلة ومعقدة وبإمكان أمور حياتية أخرى أن تؤثر على طريقة عملها. فجميع الناس يمرون بأوقات من الضغط. والمهم هو أن تدرك بأنك تشعر بالتوتر وأن تتخذ خطوات للتخلص من هذه الحالة عبر التمارين أو تقنيات الاسترخاء. أما في حال عدم علاج التوتر، فمن شأنه أن يؤثر سلباً على العملية الهضمية.

فحين تكون متوتراً، يتفاعل جسدك وكأنك في خطر. فيعتمد إلى ضخ كمية إضافية من الدم إلى العضلات، بحيث تحصل على مزيد من الطاقة لمجابهة الهجوم أو للهرب. وهذا ما يترك كمية أقل من الدم لدعم العملية الهضمية. فتبذل العضلات الهضمية مجهوداً أقل بينما يتم إفراز الأنزيمات الهضمية بكميات أصغر وتتباطأ حركة بقية الطعام في القناة. ومن شأن ذلك أن يسبب عوارض كالحرقة والانتفاخ والإمساك.

وفي بعض الأحيان، يؤدي التوتر عكس ذلك. إذ يسرّع مرور الطعام في الأمعاء مسبباً ألماً في البطن أو إسهالاً. وقد يزيد أيضاً عوارض بعض الحالات المرضية سوءاً كالقرحة ومرض تهيج الأمعاء والتهاب القولون التقرحي.

### تجنب تدخين التبغ

إن تعاطي التبغ عبر المضغ أو التدخين يجعل الإنسان أكثر عرضة للحرقة. فالنيكوتين الموجود فيه من شأنه أن يزيد إفراز حمض المعدة وأن يخفض بالمقابل إنتاج بيكربونات الصوديوم، وهو سائل يبطل مفعول الحمض. ويسبب الهواء الذي يبتلعه المدخن التجشؤ والانتفاخ نتيجة للغازات. علاوة على ذلك، فإن التدخين يزيد خطر الإصابة بالقروح الهضمية وبسرطان المريء.

### استعمل العقاقير الطبية بحذر

تؤثر جميع العقاقير تقريباً على الهضم بطريقة أو بأخرى. وغالباً ما يكون المفعول خفيفاً وغير ملحوظ، بينما يسبب بعضها عوارض ملحوظة، خاصة إن كنت تتعاطاها بانتظام. فمثلاً، من شأن المخدرات التي تؤخذ لتخفيف الألم أن تسبب الإمساك، بينما قد تسبب أدوية ارتفاع ضغط الدم الإسهال أو الإمساك، وتؤدي المضادات الحيوية التي توصف لمحاربة الإنتان إلى الغثيان أو الإسهال.



غير أنّ أكثر الأدوية خطراً على الجهاز الهضمي هي العقاقير المضادة للالتهاب الخالية من الستيروبيد. وهي تشتمل على هذه الأدوية غير الموصوفة: أسبيرين (باير، بافيرين)، إيبوبروفين (أدفل، موترين، نابرين)، نابروكسين (أليف Aleve) وكييتوبروفين keto profen (أوروديس). فحين تؤخذ هذه الأدوية من حين لآخر وحسب وصفة الطبيب، تعتبر آمنة عموماً. غير أنّ تعاطيها بانتظام أو خلافاً للجرعات الموصى بها، فمن شأنه أن يسبب غثياناً أو ألماً في المعدة أو نزفاً أو قروحاً. ذلك أنّ العقاقير المضادة للالتهاب الخالية من الستيروبيد تمنع إنتاج أنزيم يدعى سيكلوكسيجيناز. وينتج هذا الأنزيم مواد شبيهة بالهرمون تسمى بروتاغلندين تحفز الالتهاب والشعور بالألم. بيد أنه لهذه المواد أثراً مفيداً، إذ أنها تساعد على حماية بطانة المعدة من الحمض المؤذي. فإن كنت تتعاطى أحد هذه العقاقير بانتظام، ناقش طبيبك بخصوص الطرق الممكنة اتباعها للحد من آثار الدواء، بما في ذلك تناوله مع الطعام.

ويبدو أنّ الأشكال الجديدة لهذه المضادات، وتدعى مثبطات السيكلوكسيجيناز COX-2 inhibitors، هي أقل إيذاءً للجهاز الهضمي. وتشتمل هذه المثبطات على الأدوية التالية: سيليكوكسيب (سيلبيريكس) وروفيكوكسيب (فيوكس). فخلافاً للعقاقير التقليدية المضادة للالتهاب الخالية من الستيروبيد، يتوقف تدخل هذه الأدوية على إيقاف إنتاج البروستاغلندين المقترن بالالتهاب والألم، من دون التأثير على الأنواع المستعملة في الهضم. وقد أظهرت الدراسات القصيرة الأمد أنّ مثبطات السيكلوكسيجيناز تخفف ألم المفاصل مع مقدار أقل من الآثار الجانبية مقارنةً بالمضادات التقليدية. بيد أنّ التأثيرات الطويلة الأمد لهذه المثبطات غير معروفة حتى الآن.



### الاضطرابات الهضمية

تولّد الاضطرابات الهضمية مشاعر نعرفها بدون شك. وقد نكون عانينا منها مسبقاً، وسنمر بها ثانية على الأرجح. ولربما تمثل ذلك في شعور مزعج بالغثيان، أو بحالة إسهال تدفعك إلى الإسراع إلى أقرب حمام، أو بحرقة حادة بعد وجبة دسمة.

والواقع أنّ العوارض الهضمية المشابهة لهذه الحالات شائعة جداً. لا بل إنّنا نمر جميعنا بها من وقت لآخر. وعادةً لا تشكل هذه العوارض مصدر قلق، ذلك أنها تزول تدريجياً بعد عدة ساعات.

ولكن، حين تستمر العوارض الهضمية أو تسوء، فهي تشير إلى حالة أكثر خطورة تستلزم عناية طبية. وأبرز الحالات الهضمية، والأسباب التي تدفع الناس إلى رؤية الطبيب، فتنضم:

- صعوبة البلع
- ألم الصدر والحرقة
- التجشؤ، الانتفاخ والغازات معوية
- عسر الهضم
- ألم البطن
- الإسهال أو الإمساك
- النزف
- نقصان الوزن

سنستعرض في ما يلي هذه العوارض ونناقش الحالات التي تسببها. فإن كنت تعاني من عارض ما وغير أكيد من مصدره، قد



يساعدك هذا الفصل على فهم أفضل للأسباب التي أدت أو لم تؤد إليه. غير أنه يظل من الأهمية بمكان رؤية الطبيب لإجراء فحص دقيق.

## صعوبة البلع

يعتبر معظم الناس أنّ البلع أمر مسلّم به. فهم يتناولون الطعام ثم يمضغونه ويبتلعونه من دون التفكير في الأمر. غير أنه بالنسبة إلى البعض، تمثل صعوبة البلع مشكلة يومية. فإن كنت تشعر عند الابتلاع بأن الطعام عالق في حلقك أو صدرك، فهذا يدل على أنك تعاني من عسر البلع. ويطراً عسر البلع في موضعين:

### البلعوم

عسر البلع البلعومي هو عبارة عن صعوبة انتقال الطعام من الفم والحلق إلى أعلى المريء. وتتشأ المشكلة عادةً عن ضعف عضلات الحلق نتيجةً لسكتة دماغية أو لاضطراب عصبي عضلي، كسوء التغذية العضلي أو داء باركنسون. وتشتمل باقي العوارض على اختناق أو سعال أثناء البلع، وارتداد السوائل (والطعام أحياناً) عبر الأنف، وضعف الصوت وانخفاض الوزن.

### المريء

يعتبر عسر البلع المريئي أكثر شيوعاً. وفيه يشعر المصاب بأن الطعام ملتصق أو عالق في صدره (في المريء). وغالباً ما يصاحب هذا الإحساس ضغط أو ألم في الصدر، كما تشتمل باقي الأعراض المحتملة على:

- ألم أثناء البلع
- تجشؤ



- سعال مستمر
- التهاب في الحلق
- صوت قرقرة
- نفس كريبه

ثمة أسباب عديدة لعسر البلع المريئي، أكثرها شيوعاً هو ضيق أسفل المريء بسبب تكوّن نسيج ندبي. وينتج هذا النسيج عن ارتداد حمض المعدة إلى المريء مؤدياً إلى التهاب الأنسجة (مرض الارتداد المعدي المريئي).

ومن شأن الأورام (السرطانية وغير السرطانية) أو حروق الأشعة الناتجة عن علاج السرطان أو وجود حزام نسيجي يضيق أسفل المريء (حلقة سكاتسكي) أن تسبب عسر البلع أيضاً. علاوة على ذلك، قد تضعف العضلات التي تبطن المريء وتقذف الطعام إلى المعدة مع التقدم في السن، مسببة صعوبة في بلع الطعام. كما تضعف عضلات المريء أحياناً نتيجة لأمراض تؤثر على قدرة المريء على التحرك كالفصور أو تصلب الجلد.

ومن الأسباب الأخرى المؤدية إلى عسر البلع، الارتج، وهو عبارة عن كيس صغير يتشكل في مؤخرة الحلق (البلعوم)، فوق المريء تماماً. وقد تدخل جزيئات الطعام في هذا الجيب لترتد في ما بعد، مسببة صوت قرقرة ونفساً كريهاً. وفي بعض الأحيان تنتقل الجزيئات المرتدة إلى الرئتين وتسبب صعوبة في التنفس.

والواقع أنّ حالات صعوبة البلع العرضية غير خطيرة عادة، وقد تتجم ببساطة عن عدم مضغ الطعام بما يكفي أو عن تناوله بسرعة



كبيرة. أما إن عانيت تكراراً من مشاكل في البلع أو أصبت بأعراض حادة، فراجع الطبيب.

### علاج عسر البلع

يعتمد علاج هذه الحالة على السبب الكامن وراءها. **العلاج الطبيعي.** إن كان عسر البلع ناجماً عن ضعف العضلات، من شأن العلاج الطبيعي أن يساعد بواسطة تقنيات معينة على تسهيل ابتلاع الطعام.

**العلاج بالعقاقير.** بالنسبة إلى عسر البلع الناتج عن الارتداد المعدي المريئي، غالباً ما تنجح الأدوية الموصوفة في منع ارتداد حمض المعدة إلى المريء. أما عسر البلع المقترن بتشنج عضلات المريء، فإن عقاقير إرخاء العضلات قد تساعد على إيقاف التشنجات.

**شدّ الأنسجة.** إن كان تضيق المريء هو الذي يحبس الطعام ويمنعه من المرور بسهولة، فقد يعمد الطبيب إلى إدخال أنبوب دقيق ليّن (منظار داخلي) فيه، ويمرر في الأنبوب جهازاً لتمديد الأنسجة المتضيّقة. وغالباً ما يكون الجهاز عبارة عن بالون خالٍ من الهواء يوضع في مكان التضيق ثم ينفخ لتوسيع الممرّ.

**الجراحة.** في حالة الورم أو الرتج، يضطر الطبيب إلى إجراء جراحة في أغلب الأحيان.

**تعديل النظام الغذائي.** من الضروري في بعض الأحيان إجراء تعديل في مكونات الغذاء حتى يتم تشخيص الحالة وعلاجها. فيضطر المريض، اعتماداً على نوع الحالة ومدى خطورتها، إلى تحديد غذائه بالأطعمة اللينة أو المطحونة أو السائلة.



لمزيد من المعلومات عن الحالات المسببة لعسر البلع، أنظر:

● الفصل 5: مرض الارتداد المعدي المريئي

● الفصل 14: السرطان

### ألم الصدر والحرقة

تتجم آلام الصدر عن عدة أسباب. فقد تكون إنذاراً بنوبة قلبية. أو ينشأ الألم عن نقص الأوكسجين المتجه إلى القلب نتيجة للتوتر (ذبحة صدرية) أو لمرض رئوي أو لالتهاب غضروف القفص الصدري.

غير أنه في معظم الأحيان لا يكون ألم الصدر مرتبطاً بحالة قلبية أو رئوية، بل ينشأ بالأحرى عن مشكلة هضمية. فبإمكان التشنج العضلي في المريء أن يسبب ألماً في الصدر. كما أن الألم المقترن بالتهاب المرارة (نوبة المرارة) يمكن أن يمتد إلى الصدر. أما أبرز أنواع آلام الصدر الناجمة عن الاضطرابات الهضمية فتتمثل بالألم الذي يصاحب الحرقة.

وتجدر الإشارة إلى أن الحرقة ليست مرضاً، بل عارضاً يتمثل بشعور محرق في الصدر قد يبدأ في أعلى البطن ثم يمتد إلى الأعلى وصولاً إلى العنق. وفي بعض الأحيان، خاصة عند الاستلقاء، تخلف الحرقة طعماً حاداً في الفم. وينشأ هذا الطعم عن حمض المعدة الذي يرتد إلى المريء والفم.

والواقع أنه في الأحوال الطبيعية، يبقى الحمض الهضمي محبوساً في المعدة بفضل مصرة المريء السفلى. إذ تؤدي هذه الحلقة العضلية دور صمام لا يفتح إلا عند ابتلاع الطعام. غير أنه في بعض الحالات، يرتخي هذا الصمام أو يضعف متيحاً لحمض المعدة



بالارتداد إلى المريء مما يسبب الحرقة. ويعاني كثير من الأطفال عند الولادة من عدم اكتمال المصرة، وهذا هو السبب الذي يدفعهم غالباً إلى لفظ (بصق) الحليب أو الطعام. إلا أنّ هذا الصمام يصبح أكثر نضجاً في السنة الأولى من عمرهم، فيقل ارتداد الطعام تدريجياً.

تطراً الحرقة لدى الراشدين نتيجة لأسباب كثيرة. فالوزن الزائد وفرط الأكل والتمدد فوراً بعد وجبة الطعام يسبب ضغطاً على المصرة ويدفعها إلى الانفتاح قليلاً. فيتدفق حمض المعدة عبر الفتحة الصغيرة إلى المريء. من جهة ثانية، قد تؤدي كثرة استهلاك الكافيين وبعض الأطعمة إلى إرخاء المصرة أو زيادة إفراز الحمض المعدي.

أما حالات الحرقة العرضية فهي شائعة، وتنتج غالباً عن فرط الأكل أو كثرة شرب الكحول. ولكن إن عانيت من الحرقة أكثر من بضعة مرات في الأسبوع أو كنت تتناول مضادات للحموضة يومياً، عليك رؤية الطبيب. فقد تكون حالات الحرقة عارضاً لمشكلة أكثر خطورة، كالارتداد المعدي المريئي. وفي حال بدت الحرقة التي تصيبك أكثر سوءاً أو "مختلفة" عن العادة، خاصةً إن صاحبها ألم يمتد إلى الذراع، قم برؤية الطبيب على الفور. فقد يكون الألم غير ناجم عن الحرقة بل هو إنذار بنوبة قلبية.

**لمزيد من المعلومات**

لمزيد من المعلومات عن الحالات المسببة للحرقة أو لألم الصدر أنظر:

- الفصل 5: الارتداد المعدي المريئي
- الفصل 11: حصى المرارة

**التجشؤ والانتفاخ والغازات المعوية**



إنّ تجمع الهواء والغازات في القناة الهضمية يشكل جزءاً طبيعياً من العملية الهضمية. فنحن غالباً ما نبتلع الهواء أثناء ابتلاع الطعام. ومن شأن كثرة الهواء في القناة الهضمية أن تؤدي إلى التجشؤ أو إلى خروج غازات من المستقيم (تطبّل البطن). وثمة مصدر آخر لتكون الغازات، يتمثل ببقية الطعام الموجودة في القولون. فالبكتيريا التي تتواجد طبيعياً في القولون تبدأ بتخمير جزيئات الطعام غير المهضومة، مسببة الغازات والانتفاخ.

ومن الطبيعي في الواقع خروج الغازات أو الشعور بانزعاج عرضي ناجم عنها أو عن تجمع الهواء. غير أنه من الممكن لفرط التجشؤ أو الانتفاخ أو الغازات أن تكون مصدراً دائماً للحرج أو الانزعاج.

### التجشؤ

يمثل التجشؤ طريقة الجسد لطرد فائض الهواء الذي نبتلعه أثناء تناول الطعام أو الشراب. ويحدث ذلك عندما نأكل بسرعة أو نتحدث أثناء الأكل أو نتناول المشروبات المحتوية على الكربونات.

عندما نتجشأ، يتم دفع الهواء من المعدة إلى المريء ومن ثم إلى الفم. وبعض الأشخاص الذين يتجشأون تكراراً، حتى في غير حالات الأكل أو الشرب، يبتلعون الهواء بسبب عادة عصبية. غير أنّ التجشؤ قد ينتج أيضاً عن ارتداد الحمض من المعدة إلى المريء. فيعمد من يعاني من هذه الحالة إلى البلع تكراراً لإزالة المواد المرتدة إلى المريء، مما يؤدي إلى دخول مزيد من الهواء وبالتالي إلى التجشؤ أكثر.

لتخفيف التجشؤ، عليك ابتلاع كمية أقل من الهواء. وقد تساعدك في ذلك الاقتراحات التالية:

كل ببطء. فكلما تباطأت في الأكل، قلّ حجم الهواء الذي تبتلعه.



امتنع عن تناول المشروبات المحتوية على الكربونات والبيرة. فهي تحتوي على الهواء.

تجنب العلكة والساكر الصلبة. فعند مص الساكر الصلبة أو تناول العلكة، نقوم بالابتلاع أكثر من العادة. ويمثل الهواء جزءاً مما نبتلعه.

لا تستعمل الشفاطة. فأنت بتبلع كمية أكبر من الهواء مما لو كنت تشرب بالكوب.

امتنع عن التدخين. فعندما تنتشق الدخان، تنتشق معه الهواء وتبتلعه.

تحقق من طقم أسنانك. فمن شأن طقم الأسنان المرتخي أن يدفعك إلى ابتلاع فائض الهواء أثناء تناول الطعام أو الشراب. إن لم تتجح هذه الخطوات في تخفيف الأعراض التي تعاني منها، اعمد إلى زيارة الطبيب لاستبعاد حالات أكثر خطورة مقترنة بالتجشؤ كالارتداد المعدي المريئي أو التهاب المعدة.

### الانتفاخ

الانتفاخ هو التعبير الشائع للدلالة على تجمع الغازات في المعدة والأمعاء. وفي كثير من الأحيان يصاحب الانتفاخ ألم في البطن قد يكون خفيفاً في بعض الحالات وقوياً حاداً في حالات أخرى.

وغالبا ما يعقب الانتفاخ تناول كمية كبيرة من الأطعمة الدهنية. إذ تؤخر الدهون تفريغ المعدة وتزيد من الإحساس بالامتلاء. غير أنّ الانتفاخ قد يرتبط أيضاً بشذوذ معوي، كالتغوط الشحمي التلقائي أو عدم تحمّل اللاكتوز، وهي حالات تعجز فيها الأمعاء عن امتصاص بعض مركبات الأطعمة (أنظر "العيش مع عدم تحمل اللاكتوز" في



الصفحة التالية). كما ينتج أحياناً عن إنتان أو انسداد معدي معوي، أو يصاحب حالات مرضية كمرض تهيج الأمعاء، أو يكون مرتبطاً بالتوتر أو الانفعال. ومن شأن خروج الغازات أو التغوط أن يزيلا الألم.

### الغاز المعوي أو تطبل البطن

أحياناً يجتاز الهواء الذي نبتلعه القولون بأكمله ويُطرد عبر الشرج عوضاً عن الفم. ويتشكل الغاز المعوي أيضاً عندما تواجه الأمعاء صعوبة في سحق بعض المكونات في الأطعمة. بيد أنه في أغلب الحالات، ينتج الغاز عن تخمر الطعام غير المهضوم، كالألياف النباتية، في القولون. ويتألف الغاز المعوي (القولوني) أساساً من خمس مواد بدون رائحة هي الأكسجين والنيتروجين والهيدروجين وثنان أكسيد الكربون والميثان. وتتشأ الروائح الكريهة التي تصاحب خروج هذا الغاز من غازات أخرى تحتوي على الكبريت وتنتج عن تحلل جزيئات الطعام في القولون. ومن شأن الإمساك أيضاً أن يؤدي إلى تكوّن غاز معوي. فكلما طال بقاء جزيئات الطعام في القولون ازداد وقت تخمرها.

لتخفيف تكون الغازات:

حد من الأطعمة التي تولّد الغازات. ومن أبرز الأطعمة المسببة

للغازات:

- الفاصوليا
- البصل
- البروكولي
- القرنبيط
- التفاح



- الموز
- الخوخ
- فطائر وحبوب النخالة
- البازيلاء
- فجل
- خيار
- ملفوف
- مشمش
- شمام
- زبيب
- خبز الحنطة الكامل

### العيش مع عدم تحمل اللاكتوز

أنت تحب مشتقات الألبان ولكنها لا تناسبك. فبعد وقت قصير من تناول البوظة أو وجبة من اللازانيا الغنية بالجبن، تعاني من تشنجات وانتفاخ يصحبها غازات وإسهال، وهي أعراض تنجم عن ضعف القدرة على هضم سكر اللبن (اللاكتوز). وتدعى هذه الحالة عدم تحمل اللاكتوز.

لهضم اللاكتوز يحتاج الجسم إلى أنزيم اللاكتاز. إذ يولد الأطفال مع كمية كبيرة من هذا الأنزيم. ولكن مع النمو، تقل كمية اللاكتاز التي ينتجها الجسم. والراشدون الذين تفرز أمعاؤهم مقداراً قليلاً جداً أو منعدماً من اللاكتاز يعانون من عوز إلى هذا الأنزيم ويعجزون عن هضم المأكولات



المحتوية على اللاكتوز. وتشير الإحصاءات إلى أنّ شخصاً من بين كل خمسة أميركيين لا يحتمل اللاكتوز. وتختلف درجة تحمل اللاكتوز. إذ يستطيع البعض هضم كمية اللاكتوز الموجودة في نصف كوب من الحليب، ولا يواجهون أية مشكلة في تناول مقادير صغيرة من مشتقات الألبان خلال النهار. ولكن العوارض تبدأ حين يقدمون على استهلاك عدة أنواع من مشتقات الألبان في وقت واحد، أو يأكلون نوعاً يحتوي على كمية كبيرة من اللاكتوز. لتخفيف عوارض عدم احتمال اللاكتوز، تجنب الأطعمة الغنية باللاكتوز أو تناولها بكميات صغيرة. وتشتمل هذه المأكولات على:

- رقائق الجبن
- تغميسة البطاطا أو طبقة البطاطا
- جبن الحلوم
- الحليب المجفف
- الحليب المبخر
- مزيج من نوعين من الجبن
- البوظة أو الحليب المثلج
- الحليب
- جبن ريكوتا
- الكريما الحادة
- الحليب المحلى المركز
- الصلصات البيضاء

ويشكل اللبن الرائب خياراً غذائياً جيداً لأن ما يحتويه من بكتيريا يهضم معظم اللاكتوز الموجود فيه. ومن الأطعمة



الأخرى المحتوية على كمية منخفضة من اللاكتوز، الأجبان المعتقة والزبدة والمارجرين والشربات. أما الكريما غير المشتقة من الألبان فهي خالية من اللاكتوز. وتباع في المخازن أقراص أو قطرات من ماركات معينة مثل Lactaid أو Dairy Ease تحتوي على أنزيم اللاكتاز ومن شأنها غالباً أن تمنع ظهور عوارض عدم تحمل اللاكتوز أو تزيلها. كما أنّ بعض أنواع الحليب المباع في محلات البقالة يحتوي على اللاكتاز.

كما أنّ التخفيف من الأطعمة الدهنية كاللحوم المقلية وصلصات الكريما وصلصات مرق اللحم والمعجنات الدسمة قد يساعد أيضاً. فالمأكولات الغنية بالدهون غالباً ما تبطئ عملية الهضم وتعطي الأكل وقتاً أطول للاختمار. كذلك قد تنتج الغازات عن المحليات الاصطناعية، السوربيتول والمانيتول، الموجودة في سكاكر الحمية والعلكة الخالية من السكر.

غير أنه من الأهمية بمكان عدم إبعاد الأطعمة المغذية كالخضروات والفاكهة نهائياً عن نظامك الغذائي لأنها تسبب الغازات. بل تستطيع مناقشة خيارات الأكل المتوفرة لديك مع خبير تغذية مسجّل لتتأكد من حفاظك على غذاء صحي مع تخفيف الغازات. كما يمكنك أن تجرب أيضاً بعض المستحضرات غير الموصوفة مثل "بيانو Beano" (وهو أنزيم غذائي) تخفف من تكون الغازات، أو مستحضرات تحتوي على السيميبيثيكون، الذي يخفف الغازات.



**ضاعف كمية الألياف تدريجياً.** تعتبر الأطعمة الغنية بالألياف مفيدة للهضم وللصحة. غير أنّ مضاعفة الحصة اليومية من الألياف بسرعة من شأنه أن يسبب الغازات. اعمد بالتالي إلى زيادة حصتك من الألياف تدريجياً على مدى بضعة أسابيع. وبإمكان خبير التغذية أن ينصحك حول المأكولات الغنية بالألياف والأقل تسبباً للغازات.

**تمرّن بانتظام.** تقلص التمارين المنتظمة من الغازات المعوية عبر المساعدة على منع الإمساك.

**أكثر من الماء.** على غرار التمارين، يساهم الماء في منع الإمساك.

### لمزيد من المعلومات

لمزيد من المعلومات حول الحالات التي قد تسبب التجشؤ أو الانتفاخ أو الغازات أنظر:

- الفصل 5: مرض الارتداد المعدي المريئي
- الفصل 7: مرض تهيج الأمعاء
- الفصل 9: التغوط الشحمي التلقائي

### عسر الهضم

غالباً ما يلجأ الناس إلى الطبيب بسبب ما يسمونه عسر الهضم. ويستعمل هذا التعبير لوصف عدد من العوارض تتمثل بانزعاج في البطن وغيثان إضافة إلى انتفاخ وحرقة مصحوبة بتجشؤ. غير أنّ الناس في أغلب الأحيان يقرنون عسر الهضم بألم أو انزعاج بطني (تخمة).

ومن أبرز أسباب التخمة:

- القروح الهضمية.



- التهاب المعدة الناجم عن العقاقير أو الكحول أو عن إنتان.
- التخمة اللاقرحية.

والتخمة اللاقرحية هي حالة تسبب عوارض شبيهة بعوارض القرحة من دون وجود قرحة فعلياً.

وفي حالات أقل شيوعاً، يشكل الألم أو الانزعاج في البطن عارضاً لاضطرابات هضمية أخرى، كالتهاب المرارة أو اعتلال البنكرياس. والواقع أنّ حالات التخمة العرضية ليست مقلقة عموماً، حتى أنها قد تكون ناجمة عن وخزات الجوع. ولكن إن عانيت من ألم أو انزعاج متواصلين أو متكررين أو شديدين، اقصد الطبيب.

#### لمزيد من المعلومات

لمزيد من المعلومات عن الحالات التي قد تسبب ألماً أو انزعاجاً في البطن أنظر:

- الفصل 6: القروح وألم البطن
- الفصل 11: حصى المرارة
- الفصل 12: التهاب البنكرياس

#### الغثيان والتقيؤ

يصاب معظم الناس بحالات مفاجئة من الغثيان والتقيؤ. وغالباً ما يكون الالتهاب المعدي المعوي هو المسؤول عنها، حيث تلتهب بطانة المعدة والأمعاء. ومن أبرز أسباب هذا الالتهاب إنتان فيروسي وبكتيريا يتواجدان في الأطعمة الفاسدة. وقد ينشأ الغثيان والإسهال أيضاً عن ارتفاع مستوى التوكسين في الدم، بما في ذلك الكحول أو العقاقير، أو عن ارتفاع مستوى الهرمونات التي ينتجها الجسم أثناء الحمل أو التوتر الشديد.



ويصاب بعض الأشخاص بالغثيان والتقيؤ نتيجة لارتفاع الضغط في جماجمهم بسبب تراكم السائل أو وجود ورم. كما أنه من شأن الصداع الحاد أو حدوث خلل في الأذن الداخلية، بما في ذلك مرض الحركة، أن يسبب الغثيان والتقيؤ.

وبشكل عام، فإن الغثيان والتقيؤ ليسا من العوارض التي تنبئ بمرض خطير إلا إن كانت مستمرة أو مصحوبة بالألم. ولكن في حال بدا القيء شبيهاً بتقل القهوة أو احتوى على مقدار ملحوظ من الدم، اقصد الطبيب على الفور. فاعتماداً على علامات وعوارض أخرى، قد يشير ذلك إلى حالة هضمية معينة كالقرحة أو حصى المرارة أو التهاب البنكرياس أو اعتلال الكبد أو انسداد في الأمعاء.

#### العناية الذاتية

بالنسبة إلى حالات الغثيان والتقيؤ المتكررة والناجمة عن فيروس أو بكتيريا، من شأن الاقتراحات التالية أن تساعد على الحد من الأعراض ومنع التجفاف:

- امتنع عن تناول الطعام والشراب لبضع ساعات حتى تهدأ معدتك.
- تجنب روائح الأطعمة واكتف بالمأكولات الباردة أو غير المطبوخة.
- عندما تبدأ بالشعور بالتحسن، قم بمص رقائق من الثلج أو تناول بعضاً من الشاي الخفيف أو المشروبات الخالية من الكحول وغير الملونة أو تلك الخالية من الكافيين أو المرق. واحرص على شرب السوائل غالباً منعاً للتجفاف.
- أضف تدريجياً الأطعمة السهلة الهضم كالجيلاتين والبسكويت الهش والتوست الجاف. وعندما تصبح قادراً على احتمال هذه



الأطعمة جرّب المأكولات غير الدهنية والخفيفة التوابل كالحبوب والأرز والفاكهة.

- تجنب لعدة أيام مشتقات الألبان والأطباق الدهنية والمطبوخة والكافيين والأسبيرين أو غيره من العقاقير المضادة للالتهاب والخالية من الستيروبيد.

### لمزيد من المعلومات

لمزيد من المعلومات عن الحالات المسببة للغثيان والإسهال أنظر:

- الفصل 6: القروح وآلم المعدة
- الفصل 11: حصى المرارة
- الفصل 12: التهاب البنكرياس
- الفصل 13: اعتلال الكبد

### آلم البطن

يطراً آلم البطن وحده أو يصاحب عوارض هضمية أخرى. وغالباً ما تنشأ آلام البطن العرضية عن فرط الأكل أو الإكثار من الأطعمة المضرة كالمأكولات الدهنية أو المسببة للغازات أو مشتقات الألبان بالنسبة إلى الأشخاص الذين لا يحتملون اللاكتوز. وعادة يزول الألم خلال بضع ساعات أو يدوم ليوم أو يومين في حال وجود إنتان فيروسي أو بكتيري.

أما آلم البطن المتكرر الذي يدوم ويكون حاداً أو مصحوباً بعلامات وعوارض أخرى فقد يشير إلى خطورة محتملة. ومن شأن موقع الألم أن يساعد الطبيب على تضيق لائحة الأسباب المحتملة. غير أنّ مكان الألم قد يكون مضللاً في بعض الأحيان.



**منطقة السرة.** غالباً ما ينجم الألم قرب السرة عن اضطراب في المعى الدقيق أو عن التهاب الزائدة. والزائدة هي عبارة عن جيب دودي الشكل بارز إلى خارج القولون، من شأنه أن ينسدّ ببقية الطعام مما قد يؤدي به إلى الالتهاب والتورم والامتلاء بالقئح. وفي حال لم يتلقّ المصاب العلاج اللازم، قد تنفجر الزائدة مسببة إلتاناً خطيراً (التهاب الصفاق). وتشتمل عوارض التهاب الزائدة أحياناً، إضافة إلى الألم في الجهة اليمنى من أسفل البطن، على غثيان وتقيؤ وفقدان الشهية مع حمى خفيفة وحاجة إلى إخراج الريح أو التبرز.

**فوق السرة.** تعلق السرة مباشرة منطقة تدعى المنطقة الشرسوفية. وهذا هو المكان الذي يجب أن يشعر فيه الإنسان بالألم المقترن بأحماض المعدة. كما أنه من شأن الألم المتواصل في هذا الموضع أن يشير إلى وجود خطب في الجزء الأعلى من المعى الدقيق (الإلتان عشري)، أو البنكرياس أو المرارة.

**تحت السرة.** قد يدل الألم الذي يبدأ من تحت السرة ويمتد إلى الجانبين على اضطراب في القولون. ولدى النساء، ثمة أسباب أكثر شيوعاً للألم في هذه المنطقة، تتمثل في الإصابة بإلتان في القناة البولية أو بمرض التهاب الحوض.

**الجهة اليسرى من أعلى البطن.** ليس من الشائع الشعور بالألم في هذه المنطقة. ولكن في حال أحسست بذلك، قد يكون الأمر عائداً إلى مشكلة في القولون أو المعدة أو البنكرياس.

**الجهة اليمنى من أعلى البطن.** غالباً ما يكون الألم الحاد في هذا الموضع مرتبطاً بالتهاب المرارة (نوبة مرارة). ومن شأن الألم أن يمتد



إلى وسط البطن وأن يخرقه إلى الظهر. وفي بعض الأحيان، قد ينجم الألم في هذه المنطقة عن التهاب البنكرياس أو الاثنا عشري.

**الجهة اليسرى من أسفل البطن.** في أغلب الحالات، يشير الألم هنا إلى وجود مشكلة في القولون النازل، حيث يتم طرد بقية الطعام. وتشتمل الاضطرابات المحتملة على إنتان في القولون (التهاب الرتج) أو التهاب القولون (مرض كرون أو التهاب القولون التقرحي).

**الجهة اليمنى من أسفل البطن.** من شأن التهاب القولون أن يسبب ألماً في هذه المنطقة أيضاً. غير أنه ثمة احتمال آخر أكثر خطورة هو التهاب الزائدة.

### الألم المهاجر

إنّ إحدى خصائص ألم البطن غير المعتادة هي قدرته على الارتحال عبر ممرات عصبية عميقة والظهور في مواضع بعيدة عن مصدر المشكلة. فالألم الناجم عن التهاب المرارة مثلاً، بإمكانه الامتداد إلى الصدر وعظم الكتف الأيمن حتى أعلى الكتف الأيمن. أما الألم المرتبط باضطراب في البنكرياس، فقد يمتد إلى الأعلى بين عظم الكتفين. وهذا ما يدعى بالألم الرجيع.

ونظراً لكثرة عدد الأعضاء الحيوية في البطن والإشارات المعقدة التي ترسلها، من المستحسن استشارة الطبيب إن عانيت من:

- ألم حاد أو متكرر أو متواصل.
- ألم يزداد سوءاً على ما يبدو.
- ألم مصحوب بحرارة مرتفعة أو نزف أو تقيؤ.

### لمزيد من المعلومات

لمزيد من المعلومات عن الحالات المسببة لألم البطن أنظر:



- الفصل 7: مرض تهيج الأمعاء.
- الفصل 8: مرض كرون أو التهاب القولون التقرحي.
- الفصل 10: الداء الرتجي.
- الفصل 11: حصى المرارة.
- الفصل 12: التهاب البنكرياس.
- الفصل 13: اعتلال الكبد.
- الفصل 14: السرطان.

### الإسهال والإمساك

هما عارضين شائعين يصيبان الجميع من وقت لآخر، ويدومان إجمالاً لفترة قصيرة قبل أن يختفيا. غير أنه في بعض الأحيان، يتواصل الإسهال أو الإمساك. وتشير العوارض المتواصلة عموماً إلى اضطراب هضمي.

### الإسهال

من شأن الإسهال أن ينجم عن التهاب بطانة المعى الدقيق وعجز الأمعاء عن امتصاص المغذيات والسوائل. فبعد تناول وجبة طعام، يتم امتصاص المغذيات التي تحتويها في المعى الدقيق. ثم يقوم القولون بامتصاص باقي السائل من جزئيات الطعام المهضوم، مكوناً برازاً نصف صلب. ويطراً الإسهال عندما تختل هذه العملية. وهو أمر قد يحدث بالطرق التالية:

إنتان فيروسي. هو من أبرز أسباب الإسهال. إذ يقوم فيروس دخيل بإتلاف الغشاء المخاطي الذي يبطن المعى الدقيق، مخللاً بعملية امتصاص السائل والمغذيات. وعادةً، تبدأ العوارض بالزوال خلال يوم إلى ثلاثة أيام، ويتوقف الإسهال تدريجياً.



**إنتان بكتيري.** من شأن البكتيريا المتواجدة في الطعم أو الماء الملوثن أن تكون سماً يدفع بخلايا الأمعاء إلى إفراز الملح والماء. وهذا ما يفوق قدرة أسفل المعى الدقيق والقولون على امتصاص السائل. وكما هو الحال مع الإنتان الفيروسي، يدوم الإسهال عادةً من يوم إلى ثلاثة أيام.

**عامل التهابي آخر.** بالرغم من قلة شيوع هذه الحالة، إلا أنّ الإسهال قد ينجم عن طفيليات أو عن استجابة لأحد العقاقير، كالمضادات الحيوية. وعادةً فور إزالة الطفيليات أو التوقف عن تناول المضاد الحيوي، يزول الإسهال.

**اضطراب معوي.** إنّ حالات الإسهال المتواصلة أو المتكررة تكون مرتبطة عادةً باضطراب معوي. وتشتمل الأسباب المحتملة لهذا الاضطراب على مرض تهيج الأمعاء أو مرض التهابي، كالتهاب القولون التقرحي أو مرض كرون، أو مشكلة سوء امتصاص، كعدم احتمال اللاكتوز أو التغوط الشحمي التلقائي. وفي بعض الحالات، يقترن الإسهال بورم معين.

**فرط استهلاك الكافيين.** يحفز الكافيين خروج البراز. فإن تم استهلاكه بإفراط، من شأنه دفع بقية الطعام إلى التحرك في المعى الدقيق والقولون بسرعة.

### **العناية الذاتية**

يزول الإسهال عادةً من تلقاء نفسه من دون الحاجة إلى المضادات الحيوية أو غيرها من الأدوية. ومن شأن بعض المستحضرات غير الموصوفة، مثل إموديوم Imodium أو بيبتوبيسمول Pepto-Bismol أو كاوبيكتات Kaopectate، أن تبطئ الإسهال غير أنها لا تسرع دوماً



عملية الشفاء. اتخذ التدابير التالية لمنع الإصابة بالتجفاف ولتخفيف العوارض أثناء الشفاء:

اشرب ما بين 8 و10 أكواب من السوائل يومياً. ويشمل ذلك الماء والعصير والشاي الخفيف والمشروبات المحتوية على منحلّات كهربائية مثل Gatorade.

**أضف الأطعمة الصلبة تدريجياً.** ابدأ بالأطعمة السهلة الهضم كالبسكويت الهش والتوست والأرز والحبوب والدجاج.

**تجنب الأطعمة والمشروبات التالية.** انتظر لعدة أيام قبل تناول مشتقات الألبان والمأكولات الدهنية أو المحتوية على التوابل، أو المشروبات المحتوية على الكافيين أو الشاي المحتوي على القرفة الصينية. فمن شأن هذه الأطعمة والمشروبات أن تمديد الإسهال.

**لا تتناول مضادات الحموضة المحتوية على الماغنيزيوم.** فمن شأن الماغنيزيوم أن يسبب الإسهال.

**خفف من التوتر.** بالنسبة إلى بعض أشكال الإسهال المزمن، فإن بعض العلاجات، كالوخز الإبري أو الضغط الإبري أو التدليك، قد تساعد على إزالة العوارض وذلك عبر تخفيف التوتر وحفز أجهزة الدفاع الطبيعية للجسم. غير أنّ أياً من هذه العلاجات لم يتم إثبات فعاليتها علمياً.

### الإمساك

إنّ إحدى مهام القولون الأساسية هي امتصاص الماء من بقية الطعام. وفيما تظل هذه البقية في القولون، فهي تفقد تدريجياً محتواها من الماء. ومع الوقت، تصبح البقية شديدة الجفاف ويصعب إخراجها.



والواقع أنّ معدل الوقت الفاصل بين مرات التبرز يختلف بين شخص وآخر. فالبعض يتبرز من مرتين إلى ثلاث مرات في اليوم بينما يتراوح هذا العدد لدى البعض الآخر بين ثلاث وأربع مرات في الأسبوع. ولكن، إن كنت لا تشعر بالحاجة إلى التبرز أكثر من مرة أو مرتين في الأسبوع، أو تضطر إلى الضغط لإخراج البراز من جوفك، فأنت على الأرجح تعاني من الإمساك.

ويطراً الإمساك لأسباب عديدة، كما أنه يميل لأن يصبح أكثر شيوعاً مع التقدم في السن. فمع التقدم في السن، تصبح عضلات القناة الهضمية أقل نشاطاً. وقد تطرأ تغييرات أيضاً على النمط المعيشي. وتشتمل العوامل التي تزيد من احتمال الإصابة بالإمساك على عدم شرب كمية كافية من السوائل وتناول كمية قليلة جداً من الألياف مع عدم القيام بتمارين جسدية كافية.

إضافة إلى ذلك، ثمة أدوية من شأنها أن تبطئ العملية الهضمية وتؤدي إلى الإمساك. وتتضمن هذه الأدوية المخدرات ومضادات الحموضة المحتوية على الألومينيوم. كما أنّ بعض المصابين بمرض تهيج الأمعاء يعانون من فترات متناوبة من الإسهال والإمساك.

عموماً، يشكل الإسهال حالة مؤقتة يمكن علاجها بسهولة. غير أنه ثمة أوقات قد يشير فيها الإسهال إلى وجود مشكلة أكثر خطورة. بالتالي، اقصد الطبيب إن عانيت من:

- إمساك غير مبرر مؤخراً.
- تغير غير مبرر في حالة الأمعاء أو عاداتها مؤخراً.
- إمساك يدوم لأكثر من 7 أيام بالرغم من إحداث تغييرات في الغذاء أو ممارسة التمارين.



● ظهور دم في البراز أو معاناة ألم حاد في البطن.

### العناية الذاتية

غالباً ما تساعد التدابير التالية على التخلص من الإمساك أو

منعه:

اشرب ما بين 8 إلى 10 أكواب من السوائل يومياً. إذ تساهم السوائل في الحفاظ على ليونة البراز. ويستحسن اختيار الماء.

تناول أطعمة غنية بالألياف. تساعد الألياف على تليين البراز بحيث يجتاز القناة الهضمية بنعومة. لهذا السبب، عليك تناول ما يتراوح بين 20 إلى 35 غراماً من الألياف يومياً. وتعتبر الحبوب الكاملة والفاكهة والخضروات أفضل مصادرها (أنظر صفحة 28).

ولكن، تجنباً للإصابة بالغازات والتشنجات والانتفاخ، وهي حالات قد تتجم عن مضاعفة معدل الألياف في الغذاء بصورة سريعة، يستحسن زيادة كمية الألياف التي تتناولها تدريجياً، ضمن مدة أسبوعين.

**كُل وفقاً لوجبات منتظمة.** فتناول الطعام حسب مواعيد منتظمة يحفز الأمعاء على العمل بشكل طبيعي.

تمرّن بانتظام. إذ تحث التمارين العضلات الهضمية على العمل وتسرع مرور الغذاء في القناة الهضمية. حاول بالتالي أن تمارس التمارين الرياضية لثلاثين دقيقة معظم أيام الأسبوع إن لم يكن يومياً.

**استجب لنداء الطبيعة.** كلما تأخرت في دخول الحمام عند الشعور بالحاجة إلى التبرز، امتص الجسد كمية أكبر من الماء الموجود في البراز ليزيده جموداً. لا تتوانى بالتالي عن دخول الحمام بل استرخ وأعط نفسك الوقت الكافي للانتهاء.



**خفف من التوتر.** من شأن التوتر أن يبطئ عملية الهضم. فبالنسبة إلى بعض أشكال الإمساك المزمن، بمقدور بعض الممارسات كاليوغا أو التدليك أو الضغط الإبري أو العلاج بالعطور، أن تخفف العوارض وذلك عبر إزالة التوتر والمساعدة على الاسترخاء. بيد أن أياً من هذه العلاجات لم يتم إثبات فعاليتها علمياً.

**لمزيد من المعلومات**

لمزيد من المعلومات عن الحالات المسببة للإسهال أو الإمساك أنظر:

- الفصل 7: مرض تهيج الأمعاء.
- الفصل 8: مرض كرون أو التهاب القولون التقرحي.
- الفصل 9: التغوط الدهني التلقائي.
- الفصل 10: الداء الرتجي.
- الفصل 12: التهاب البنكرياس.
- الفصل 14: السرطان.

### ماذا عن المستحضرات غير الموصوفة؟

إنّ تغيير نمط الحياة هو الطريقة الأفضل والأمن لعلاج الإمساك. ولكن في حال لم تساعد هذه التغييرات على التخلص من العوارض أو كان مفعولها محدوداً، يمكنك تجربة ملحق ليفي طبيعي، مثل ميتاموسيل أو سيتروسيل. فغالباً ما تزيل هذه المستحضرات الإمساك في غضون يوم إلى ثلاثة أيام. وتعتبر ملحقات الألياف آمنة عموماً، ولكن نظراً لقدرتها الكبيرة على امتصاص السائل يجب أخذها مع



كثير من الماء، وإلا من شأنها أن تسبب الإمساك، أي عكس المفعول المطلوب. وتنتج المسهلات أيضاً في إزالة الإمساك. ولكن يستحسن استشارة الطبيب قبل أخذ أي مسهل، ذلك أنه في حال استعمالها لأكثر من بضعة أيام، من شأنها أن تؤدي المريض. وتعتبر مُلَيِّنَات البراز مثل، Colace و Correctol و Stool Softener و Surfak، المستحضرات الأكثر لطافة. كما أنّ المسهلات المِلْحِيَّة مثل Milk of Magnesia، آمنة نسبياً. أما المسهلات المنبّهة، بما فيها Dulcolax و Ex.Lax و Senokot، فهي الأكثر قوة.

## النزف

إنّ النزف من إحدى جهتي القناة الهضمية قد يكون مدعاة للقلق. ففي بعض الأحيان، ينجم النزف عن مشكلة بسيطة، كمرض في اللثة أو بواسير. أما في حالات أخرى، فيشكل النزف إنذاراً بوجود مرض أكثر خطورة كالقرحة أو السرطان. وفي جميع الحالات، يستحسن اللجوء إلى الطبيب في أقرب وقت ممكن.

## دم في القيء أو اللعاب

تشتمل الحالات التي قد تسبب ظهور دم في القيء أو اللعاب

على:

- قرحة المعدة.
- تمزق في بطانة المريء.
- نسيج ملتهب في المريء أو المعدة أو المعى الدقيق.
- سرطان المريء أو المعدة.



يكون الدم عادة أحمر فاتحاً. غير أنه قد يبدو في بعض الأحيان أسود أو بني داكن شبيهاً بتفل القهوة، مما يشير إلى أنه قد هُضم جزئياً في المعدة أو الاثني عشر. وغالباً ما يشير هذا العارض إلى مشكلة خطيرة.

### النزف المستقيمي

يعتبر التمزق أو الشقّ الشرجي والبواسير السببين الأكثر شيوعاً للنزف المستقيمي (أنظر فقرة "بواسير غير مؤذية ولكنها مزعجة"). ويظهر الدم عادةً على فوط الحمام أو في ماء المراض، ويكون أحمر فاتحاً.

وتشتمل الأسباب الأخرى للنزف المستقيمي على التهاب القولون الناجم عن التهاب القولون التقرحي أو مرض كرون. وقد يشكل النزف في هذه المنطقة أيضاً إشارة إلى أورام غير سرطانية (سليلات) في القولون أو إلى السرطان. وغالباً، وليس دوماً، يكون هذا الدم أدكن لوناً وممزوجاً بالبراز، فيعطي برازاً أسود أو بلون خشب الماهوغاني.

### لمزيد من المعلومات

لمزيد من المعلومات عن الحالات المسببة للنزف أنظر:

- الفصل 6: القروح وألم المعدة.
- الفصل 8: مرض كرون أو التهاب القولون التقرحي.
- الفصل 14: السرطان.

### فقدان الوزن

يميل الوزن عموماً لدى جميع الناس إلى التقلب بين يوم وآخر. بيد أنّ فقدان الوزن المفاجئ وغير المقصود بنسبة تفوق 5 بالمئة في غضون بضعة أسابيع، أو 10 بالمئة في غضون 6 أشهر، هو أمر



غير طبيعي. فإن كان وزنك ينقص من دون سبب واضح، استشر الطبيب.

والواقع أنّ أسباب فقدان الوزن غير المبرر كثيرة. وبعض الحالات الهضمية التي قد تؤدي إلى ذلك تتضمن:

- صعوبة في البلع.
- اضطرابات ناجمة عن سوء الامتصاص.
- اعتلال البنكرياس أو الكبد.
- السرطان.

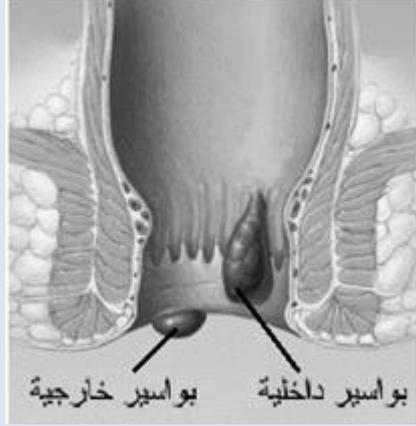
للسيطرة على فقدان الوزن غير المقصود يتم عموماً اتباع نظام غذائي غني بالسعرات الحرارية منعاً لحدوث نقصان إضافي، وذلك مع تحديد سبب هذا النقصان. ومتى عرف السبب، يصبح الطبيب أقدر على علاج المشكلة.

### بواسير مزعجة ولكنها غير مؤذية

في بعض الحالات قد لا يعلم المصاب بوجودها. غير أنه في حالات أخرى، يكون النزف أو الحكاك أو الألم المحرق دليلاً كافياً على الإصابة بالبواسير.

والبواسير هي عبارة عن أوردة محتقنة بالدم في أسفل المستقيم. وينجم هذا الاحتقان عن تعرض الأوردة لضغط يؤدي بها إلى تكوين أكياس دقيقة. ويعتبر داء البواسير مرضاً شائعاً، إذ يصاب به نصف البالغين بعد سن الخمسين.





لا تسبب البواسير الداخلية الألم عادةً، إلا أنها تنزف أحياناً، بعكس البواسير الخارجية التي تكون مؤلمة.

ويعتبر الإمساك والإسهال من أبرز الأسباب المؤدية إلى تكون البواسير. فالضغط المتكرر لإخراج أجزاء صغيرة وصلبة من البراز يضاعف الضغط على الأوردة. وهذا ما ينجم أيضاً عن طرد البراز بشكل مفاجئ أثناء الإسهال. ومن الأسباب الأخرى، رفع الأغراض الثقيلة، الحمل أو الجلوس لفترات طويلة.

ويمكن علاج معظم حالات البواسير بزيادة معدل الألياف والماء في الغذاء وذلك لتليين البراز. كما أن غمر الشرج في وعاء دافئ من 10 إلى 15 دقيقة لثلاث أو أربع مرات يومياً يساعد على تخفيف التورم والألم. ومن شأن مراهم البواسير غير الموصوفة أن تخفف التورم والألم أيضاً، غير أنه لا يستحسن استعمالها سوى مؤقتاً. من جهة ثانية، يجدر تجنب فوط الحمام الجافة والخشنة لأنها قد تهيج البواسير. بالتالي، اعمد بعد التبرز إلى تنظيف الشرج برفق بواسطة قماشة رطبة دافئة أو فوطة طبية.



أما بالنسبة إلى البواسير المزعجة التي لا تزول بسهولة، فقد يصف الطبيب أحد العلاجات التالية:

رباط مطاطي. يوضع الرباط المطاطي حول قاعدة البواسير داخل المستقيم. ويعمل هذا الرباط على قطع الدورة الدموية عن التورم حتى يزول.

المعالجة التصليبية. يتم حقن محلول كيميائي حول الوعاء الدموي لتقليص البواسير.

التخثير بالليزر أو التخثير الضوئي ما تحت الأحمر. تستعمل حرارة الكهرباء أو الليزر أو الضوء ما تحت الأحمر لحرق نسيج البواسير وتدميره.

إستئصال البواسير: تعتبر الجراحة أكثر الطرق فعالية من أجل إزالة البواسير المنتشرة أو الحادة.

#### لمزيد من المعلومات

- لمزيد من المعلومات عن الحالات المسببة لفقدان الوزن أنظر:
- الفصل 8: مرض كرون أو التهاب القولون التقرحي.
  - الفصل 9: التغوط الشحمي التلقائي.
  - الفصل 12: التهاب البنكرياس.
  - الفصل 13: اعتلال الكبد.
  - الفصل 14: السرطان.



### أبرز اختبارات التشخيص

بالنسبة إلى معظم الأشخاص، لا تشكل حالات الحرقة أو الإسهال العارض مدعاةً للقلق. ولا يلجأ الناس عادةً إلى الأطباء إلا حين تستمر العوارض الهضمية أو تسوء. وبمقدور الطبيب أن يشخص مصدر المشكلة بوقت قصير. إذ يكفي عادةً إجراء فحص جسmani بالإضافة إلى طرح أسئلة حول العوارض وعادات الأكل والتمارين الجسدية والروتين اليومي.

غير أنه في كثير من الأحيان، يحتاج الطبيب قبل إعطاء التشخيص إلى إجراء بعض الاختبارات. والواقع أن اختبارات التشخيص مفيدة جداً خاصةً حين تشير العوارض إلى أكثر من سبب محتمل. ومن شأن الاختبارات أيضاً أن تؤكد التشخيص الأولي للطبيب.

ويعتمد نوع الاختبار الذي يخضع له المريض على العوارض بالإضافة إلى موضعها وحدتها وتواترها. وفي ما يلي بعض من أبرز الاختبارات المعتمدة لتشخيص المشاكل الهضمية.

### تحاليل الدم

غالباً ما تشكل تحاليل الدم الخطوة الأولى في سبيل التشخيص. ويعود ذلك إلى سهولة إجرائها من جهة، ولأنها تعطي الطبيب فكرة عامة عما يدور في جسد المريض من جهة ثانية. وقد يطلب الطبيب عدة تحاليل، بما في ذلك أحد التحاليل التالية أو بعضها:



**التعداد الكامل لكريات الدم (CBC).** يقيس هذا التحليل عدداً من خصائص الدم بما في ذلك عدد الكريات الحمراء والبيضاء. فانخفاض عدد الكرات الحمراء (فقر الدم) قد يقترن بنزف معدي معوي. أما ارتفاع عدد الكريات البيضاء فقد يشير إلى وجود إنتان أو التهاب.

**تحاليل الكبد.** تقيس هذه التحاليل بعض الأنزيمات والبروتينات في الدم. وفي حال وجود خلل في وظيفة الكبد، غالباً ما تكون معدلاتها غير طبيعية.

**قياس مستوى الكاروتين والفيتامين ب-12 وأملاح حامض الفوليك (folate).** فإن كان مستوى هذه المغذيات في الدم غير طبيعي، قد يشير ذلك إلى أنّ الأمعاء لا تمتص المغذيات من الطعام (مشكلة سوء امتصاص).

**قياس مستوى الالكتروليت.** من شأن حالات التقيؤ أو الإسهال الحادة أن تسبب انخفاضاً في مستوى الكتروليت الصوديوم والبوتاسيوم في الدم. والانخفاض الحاد لمستوى البوتاسيوم قد يعرض المصاب إلى مشاكل في القلب.

### **تحاليل البول والبراز**

من شأن تحليل البول أن يساعد أحياناً على التعرف على أسباب نادرة لألم البطن أو الإسهال، وذلك عبر الكشف عن مستويات غير طبيعية لمواد معينة يتم التخلص منها في البول.

وقد يطلب الطبيب عينة عن البراز في حالات الإسهال الحاد للتحقق من وجود طفيليات أو بكتيريا (أو سموم مقترنة بها) من شأنها أن تكون مسؤولة عن الإسهال. وبإمكان تحاليل البراز أن تكشف أيضاً

ارتفاعاً في مستوى الدهن في البراز، مما يشير إلى مشكلة سوء امتصاص.

ومن تحاليل البراز الشائعة أيضاً تحليل الدم البرازي المستتر. ويسمح بالتحقق من وجود دم خفي ناجم عن السرطان أو عن أمراض أخرى قد تسبب نزفاً معوياً، كالقروح أو مرض الأمعاء الالتهابية. وقد يشكل تحليل الدم البرازي المستتر جزءاً روتينياً من اختبار الكشف عن سرطان القولون والمستقيم لدى من هم بسن الخمسين وما فوق. غير أنّ النزف ليس عارضاً مشتركاً بين جميع الأمراض السرطانية، وفي حال سبب السرطان نزفاً، يكون النزف متقطعاً. بالتالي، قد يُظهر التحليل نتيجة سلبية بالرغم من وجود سرطان. كما أنه ثمة أطعمة تحتوي على مواد كيميائية بمقدورها أن تؤدي إلى نتيجة خاطئة. ومن هذه الأطعمة البروكلي والملفوف واللحم الأحمر نصف المطهو، التي تشير إلى وجود دم في البراز بالرغم من عدم صحة ذلك. بالمقابل، تخفي ملحقات الفيتامين C النتيجة الإيجابية وتمنع تغير لون الشريط بالرغم من وجود الدم.

وثمة تحليل آخر للدم في البراز يدعى (Hemoquant test)، تم تطويره في مايو كلينك، يقل فيه احتمال النتائج الخاطئة. غير أنّه أكثر كلفة كما أنّ إجرائه أكثر تعقيداً من التحليل السابق.

بالتالي، فإن كثيراً من الأطباء، بما في ذلك الأطباء العاملون في مايو كلينك، ينصحون باعتماد وسائل أخرى للكشف عن سرطان القولون والمستقيم، عوضاً عن تحليل الدم البرازي المستتر أو بالإضافة إليه. وتشتمل هذه الاختبارات على التنظير السيني مع إجراء أشعة إكس للقولون أو تنظير للقولون.



## صور الأشعة السينية

تمثل هذه الاختبارات خطوة أولى أخرى لتشخيص المشاكل الهضمية وذلك لبساطة إجرائها نسبياً أيضاً. ويعتمد نوع أشعة إكس الذي يخضع له المريض على موضع العوارض.

### أشعة إكس لأعلى المعدة والأمعاء

يستخدم هذا الاختبار سلسلة من صور أشعة إكس للبحث عن مشاكل في المريء والمعدة والجزء الأعلى من المعى الدقيق (الاثنا عشري). ويساعد الصيام قبل التصوير على إخلاء المعدة من الطعام والسوائل، مما يسهل رؤية الظواهر غير الطبيعية.

ويقوم طبيب الأشعة بتثبيت جهاز أشعة إكس فوق المريض إن كان ممتدداً، أو أمامه إن كان واقفاً. ويطلب منه في بداية العملية ابتلاع سائل أبيض مكثف يحتوي على الباريوم. والباريوم مادة كيميائية معدنية من الفئة القلوية تغلف بطانة القناة الهضمية مؤقتاً وتُظهر البطانة بشكل أوضح على أفلام أشعة إكس. وقد يُطلب أيضاً من المريض ابتلاع سائل أو أقراص مسببة للغازات، مثل بيكاربونات الصوديوم، وذلك لشدّ المعدة وفصل ثناياها مما يتيح رؤية أفضل للبطانة الداخلية.

ويتبع طبيب الأشعة مرور الباريوم في المعدة على شاشة فيديو. إذ تسمح مراقبة الباريوم بالكشف عن المشاكل من خلال كيفية عمل الجهاز الهضمي. فعلى سبيل المثال، بمقدور أشعة إكس أن تُظهر إن كانت العضلات التي تتحكم بالبلع تعمل بشكل سليم أثناء تقلصها واسترخائها. كما تكشف هذه الأشعة وجود ورم أو قرحة أو تضيق في المريء.



وقد تستغرق العملية بكاملها ساعتين. فيمر الباريوم في الجهاز الهضمي بأكمله مسبباً برازاً أبيض لعدة أيام. ويعتبر الإمساك من الآثار الجانبية الشائعة، ولكن يمكن تفاديه بشرب كمية وافرة من السوائل بعد إجراء الاختبار. وقد يصف الطبيب أيضاً استعمال مسهلات أو حقن شرجية أو مزيجاً من الاثنين للمساعدة على إزالة الباريوم.

### أشعة إكس للمعى الدقيق

إن اشتبه الطبيب بوجود مشكلة في المعى الدقيق، كالانسداد مثلاً، يتم تمديد أشعة إكس لأعلى المعدة والأمعاء كي تشمل المعى الدقيق بأكمله. وتلتقط صور الأشعة عادةً على فترات متباعدة تتراوح بين 15 إلى 30 دقيقة أثناء انتقال الباريوم في المعى. وتستغرق العملية مدة قد تصل إلى أربع ساعات، من لحظة ابتلاع الباريوم وحتى بلوغ السائل الجزء الأخير من المعى الدقيق (المعى الليفي النهائي). وفور بلوغ الباريوم القولون، ينتهي الاختبار. وهنا أيضاً قد يصف الطبيب استعمال المسهلات أو الحقن الشرجية أو كليهما.

### أشعة إكس للقولون

يتيح هذا الاختبار للطبيب فحص القولون بكامله بأشعة إكس بحثاً عن قروح أو تضيق أو أورام في البطانة (سليلات) أو جيوب صغيرة فيها (رتوج) أو سرطان أو غير ذلك من الظواهر الشاذة. والواقع أنّ حقنة الباريوم الشرجية ليست سوى تسمية أخرى لأشعة إكس للقولون. إذ يتم تحرير الباريوم في القولون بواسطة أنبوب يُدخل في المستقيم. وتستلزم هذه العملية إخلاء القولون من بقية الطعام. لذا يضطر المريض إلى أن يحصر غذاءه، لمدة يوم واحد أو يومين،



بالسوائل الصافية فقط كالمرق والجيلاتين والقهوة والشاي والمشروبات الخالية من الكحول. وقد يُعطى قبل الاختبار مسهلاتٍ أو حُقناً شرجية للمساعدة على تفريغ القولون.

وأثناء تصوير القولون بالأشعة، يستلقي المريض على جنبه تحت آلة التصوير. ثم يعمد طبيب الأشعة إلى إدخال أنبوب رقيق مشحّم في المستقيم. ويرتبط هذا الأنبوب بكيس من الباريوم الذي يغلف جدران القولون بحيث تظهر بطانته بوضوح أكبر في صورة الأشعة. ومع تصريف الباريوم ببطء في القولون، يشعر المريض بحاجة إلى التبرز. غير أنه ثمة بالون صغير مرتبط بالأنبوب ومثبت في أسفل القولون أو المستقيم، يساهم في منع الباريوم من الخروج.

يشاهد طبيب الأشعة شكل القولون وحالته على شاشة تلفاز مثبتة على آلة الأشعة. وأثناء امتلاء القولون بالباريوم، يُطلب من المريض الاستدارة والاستلقاء بأوضاع مختلفة لإعطاء مشاهد مختلفة لهذا الجزء من الأمعاء. وفي بعض الأحيان يقوم الطبيب بتحريك القولون وذلك بالضغط بقوة على البطن وأسفل الحوض. كما أنه قد يحقن هواءً في الأنبوب لتمديد القولون وتحسين الرؤية.

بعد انتهاء الفحص الذي يستغرق عموماً حوالي 20 دقيقة، يخفض الطبيب كيس الباريوم، مما يسمح للجزء الأكبر منه بالخروج من القولون، فيشعر المريض بارتياح أكبر. في الأيام التالية، يخرج المريض برازاً أبيض أو رمادي مع زوال بقية الباريوم من الجهاز الهضمي. ويجب الإكثار من شرب الماء في هذه الفترة منعاً للإمساك. وقد ينصح الطبيب أيضاً باستعمال الحُقن الشرجية أو أخذ مسهّل للمساعدة على إخراج الباريوم.



## التصوير بالأشعة المقطعية

وهو من الوسائل الفعالة لتشخيص الأورام، أو مجموعات الدم أو السائل، أو إنتان (خُراج) موجود عميقاً في الجسم. وتجمع هذه الطريقة بين أشعة إكس وتقنية الحاسوب للحصول على صور واضحة ثلاثية الأبعاد للأعضاء الداخلية والعظام وغيرها من الأنسجة.



تدور ماسحة ضوئية (Scanner) حول المريض، أثناء التصوير بالأشعة المقطعية، وتلتقط صوراً لمناطق معينة من الجسد وذلك من زوايا مختلفة.

يُطلب من المريض أثناء الاختبار الاستلقاء على طاولة فحص تتزلق داخل ماسحة ضوئية (Scanner) مجوفة تعمل بالأشعة إكس. وتبدأ الماسحة الضوئية بالدوران حول المريض لالتقاط سلسلة من الصور الرقيقة جداً بأشعة إكس وذلك من عدة زوايا. ثم يصيغ الحاسوب هذه الصور مع بعضها في صورة واحدة يمكن لطبيب الأشعة أن يتفحصها من الزاوية التي يريد، أو أن يشرحها إلى طبقات. فالتصوير المقطعي للبطن والحوض يساعد على اكتشاف الظواهر الشاذة في البنكرياس والكبد والكليتين وأحياناً في الأمعاء والمرارة ومجاري الصفراء.



وتجدر الإشارة إلى أنّ التصوير المقطعي للبطن لا يسبب الألم. فالجزء الأكثر إزعاجاً يتمثل بشرب سائل يحتوي على اليود أو أخذه بواسطة حقنة. ويعمل اليود إلى إظهار الأعضاء والأنسجة بوضوح أكبر. ونظراً لتحسس البعض تجاه اليود، يُسأل المريض عادةً قبل إجراء الصورة إن أصيب يوماً باستجابة تحسسية تجاه هذه المادة. كما يُطلب منه أن يصوم قبل إجراء الصورة لتسهيل رؤية الأعضاء الداخلية والظاهرة الشاذة.

### التصوير ما فوق الصوتي

يجمع التصوير ما فوق الصوتي بين الموجات الصوتية العالية التواتر وتقنية الحاسوب لالتقاط صور للأعضاء الداخلية. فأتثناء تمدد المريض على طاولة الفحص، يوضع على بطنه جهاز شبيه بالصولجان يدعى محوّل الطاقة. يرسل هذا المحوّل موجات



يضع تقني التصوير الصوتي جهازاً يدوياً يدعى محوّل الطاقة على الجلد ويمرره ببطء فوق المنطقة التي يرغب بفحصها.

صوتية غير مسموعة يتم عكسها، بينما يقوم الحاسوب بترجمة هذه الموجات المعكوسة إلى صورة متحركة ثنائية الأبعاد. ولا يسبب هذا الفحص أي ألم ويستغرق عادةً أقل من 30 دقيقة.



وغالباً ما يستعمل التصوير ما فوق الصوتي لفحص أعضاء البطن كالكبد والبنكرياس والمرارة والكليتين. كما يعتبر فعالاً جداً في كشف حصى المرارة وإظهار شكل الأورام والأكياس وأديمها وبنيتها. بمقدور التصوير ما فوق الصوتي، باستعمال تقنيات خاصة، أن يحدد مدى تدفق الدم في الشرايين والأوردة لكشف الانسداد.

### التنظير الداخلي

إنّ النظر في داخل القناة الهضمية يعتبر من الطرق الأكثر فعالية لتشخيص المشاكل في هذه المنطقة من الجسم. للقيام بذلك، يتم إدخال أنبوب رقيق ولين مجهز بضوء ألياف بصرية وكاميرا إلكترونية دقيقة بإحدى هاتين الطريقتين: إما عبر الفم ثم يمرّ الأنبوب في المريء والمعدة وأعلى المعى الدقيق، أو عبر الشرج ليمرر بعد ذلك في المستقيم والقولون بأكمله أو في جزء منه. والمنظار الداخلي هو عبارة عن جهاز يفحص القناة المعدية المعوية. وعند استعماله لفحص أسفل هذه القناة، يطلق عليه اسم منظار القولون أو المنظار السيني.

### التنظير الداخلي العلوي

تتيح هذه العملية للطبيب النظر مباشرة في المريء والمعدة والاثني عشري. ومن شأنها أن تساعد في تحديد سبب بعض العوارض كصعوبة البلع والحرقة والغثيان والتقيؤ وألم الصدر والنزف وألم أعلى البطن. وقد يتم أيضاً إدخال أجهزة دقيقة عبر الأنبوب لإجراء عمليات بسيطة.

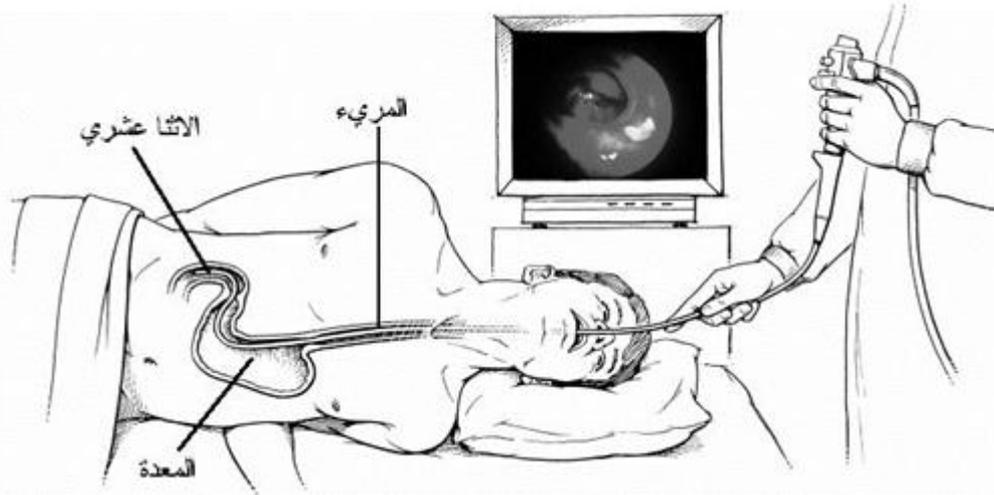
وأثناء التنظير الداخلي العلوي، قد يقوم الطبيب بواحد أو أكثر من الأمور التالية:

- البحث عن أنسجة ملتهبة وقروح وأورام شاذة.



- أخذ عينات نسيجية (اختراع).
- إزالة أجسام غريبة أو أورام غير سرطانية (سليلات).
- تمديد المريء إن كان متضيّقاً بنسيج ندبي.
- كشف قروح نازفة وعلاجها.

وبجب أن تكون المعدة فارغة لإجراء الاختبار. بالتالي، على المريض أن يمتنع عن تناول الطعام والشراب من 4 إلى 6 ساعات قبل إجراء الفحص. وقد يعطى المريض أولاً رذاذاً مخدراً لتخدير حلقه ومنعه من التقيؤ. كما يعطى معظم الناس دواءً عبر أحد الأوردة لتسكينهم.



يوفر المنظار الداخلي رؤية مباشرة لأعلى القناة المعوية المعوية، بما في ذلك المريء والمعدة والاثني عشري. وتظهر صور باطن القناة على شاشة تلفاز.

بعد وضع المنظار في الفم، يطلب الطبيب من المريض أن يبلع للمساعدة على تمرير الأنبوب من الحلق إلى المريء. وتجدر الإشارة إلى أنّ الأنبوب لا يعيق التنفس، غير أنّ المريض قد يشعر بضغط طفيف أو امتلاء مع تقدم الأنبوب في القناة. وتنقل الكاميرا الصغيرة صورة تتيح للطبيب فحص بطانة الجزء الأعلى من الجهاز الهضمي. وغالباً ما يتمكن الطبيب من رؤية الظواهر الشاذة التي لا تظهر بهذا



الوضوح في صور الأشعة، كالتهاب نسيج مريئي أو تضرره من جراء ارتداد حمض المعدة، أو وجود قروح أو أورام صغيرة في المعدة أو الاثني عشري. وقد يستعمل الجهاز لنفخ الهواء في المعدة من أجل تمديد ثناياها الطبيعية وتوفير رؤية أفضل لبطانتها. وقد يدفع هذا الهواء المريض إلى التجشؤ أو إخراج الغازات في ما بعد.

ويستغرق التنظير الداخلي العلوي عادةً 30 دقيقة تقريباً، علماً أنّ المريض يحتاج إلى ساعة أو أكثر ليستفيق من التسكين. ويحتاج لمن يعيده إلى المنزل نظراً لاحتمال استمرار أثر المسكّن لعدة ساعات. إضافة إلى ذلك، من شأن المنظار الداخلي أن يسبب التهاباً طفيفاً أو تهيجاً في الحلق ليوم أو يومين.

### تنظير القولون

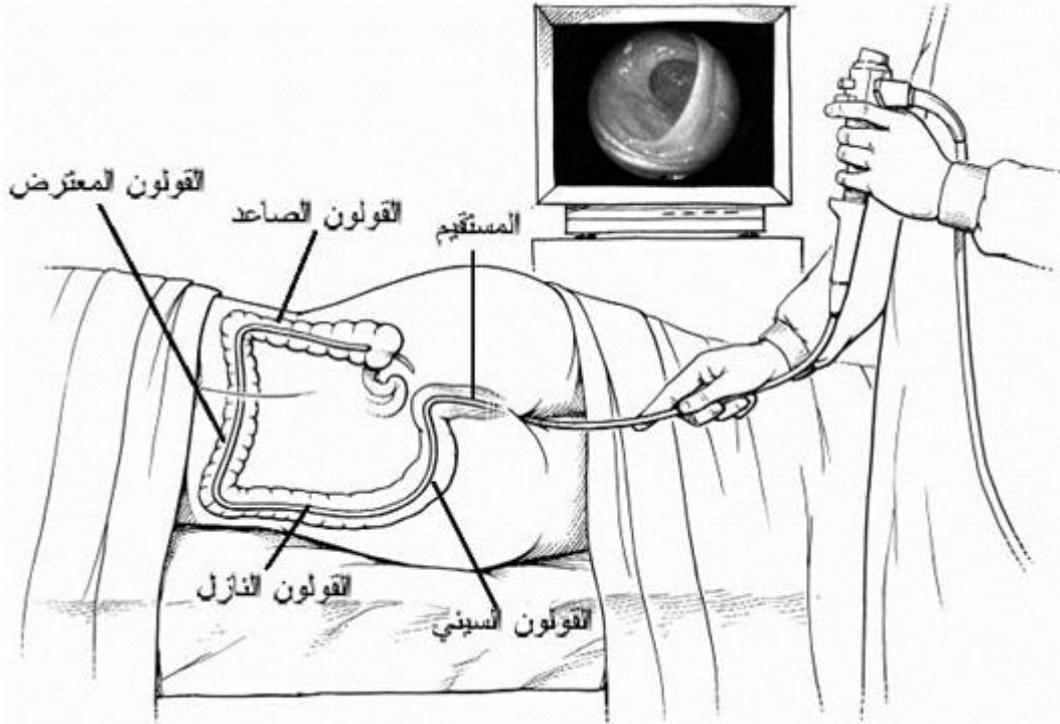
على غرار التنظير الداخلي العلوي، يتيح تنظير القولون للطبيب رؤية داخل القولون. وقد يعمد الطبيب أثناء الفحص إلى:

- الكشف على القولون بحثاً عن ظواهر شاذة، كالنزف أو الالتهاب
- أو الأورام أو الجيوب (الرتوج) أو التضيق.
- أخذ عينات نسيجية.
- إزالة سليلات.
- علاج مواضع نازفة.
- تمديد أماكن متضيقة.

ويجب تفريغ القولون قبل هذا الفحص. لذا، يتم إخضاع المريض، كما هو الحال مع صورة الأشعة إكس، لتقنين غذائي ليوم أو يومين قبل التنظير. كما يعطى معظم الناس مسهّلات وحقنة أحياناً.



قبل بدء التنظير، يخضع المريض للتسكين على الأرجح وذلك لمساعدته على الاسترخاء. كما قد يُعطى مزيلاً للألم. ويستلقي المريض أثناء الفحص على جنبه الأيسر. والجدير بالذكر أنّ منظار القولون مجهز بقناة تمكن الطبيب من ضخ الهواء في القولون لنفخه وتوفير رؤية أوضح لجدرانه الداخلية.



يتم إدخال أنبوب دقيق لين في المستقيم أثناء عملية تنظير القولون ويمرّ عبر القولون (المعى الغليظ). وتظهر صور باطن أسفل القناة المعوية المعوية على شاشة تلفاز. يستغرق تنظير القولون عادةً ما يتراوح بين 15 و 60 دقيقة. وقد يشعر الخاضع للاختبار بتشنجات في البطن أو ضغط أثناء التنظير، وهي عوارض تزول بعد نزع المنظار. وبعد انتهاء الاختبار يحتاج المريض لساعة تقريباً حتى يستفيق من المسكّن. غير أنه سيحتاج إلى من يعيده إلى المنزل نظراً لاحتمال استمرار أثر المسكّن ليوم كامل قبل أن يزول تماماً. كما أنه قد يعاني من بعض الانتفاخ والغازات لساعات عدة حتى يتم طرد الهواء المحقون.



## التنظير السيني

يقتصر التنظير في هذا الاختبار على المستقيم والقولون السيني، وقد يطال جزءاً من القولون النازل، عوضاً عن أن يشمل القولون بأكمله. ويتم التنظير السيني بنفس طريقة تنظير القولون، باستثناء أنّ المريض لا يحتاج عموماً إلى التسكين.

ويطلب الطبيب فحصاً سينيّاً لتحليل سبب الإسهال أو ألم البطن أو الإمساك أو النزف، أو بحثاً عن إشارات سرطانية. وغالباً ما يشكل التنظير السيني جزءاً روتينياً من فحص الكشف عن السرطان لدى الأشخاص الذين يبلغون الخمسين وما فوق. وبما أنّ الأورام التي تصيب الجزء الأعلى من القولون لا تظهر في التنظير السيني، فقد يطلب الطبيب، بالإضافة إلى هذا الاختبار، صورة أشعة للقولون تُظهر القولون بأكمله.

ويستغرق التنظير السيني مدة تتراوح بين 5 و 10 دقائق فقط، غير أنه قد يمتد لعدة دقائق إضافية إن احتاج الطبيب لأخذ عينات نسيجية أو علاج أنسجة ملتهبة أو نازفة. وقد يشعر المريض ببعض الانتفاخ لبضعة ساعات بعد ذلك حتى يتم طرد الهواء المحقون. وفي حال العثور على سليلات، تقوم الخطوة الثانية عامةً على إجراء تنظير للقولون لإزالتها وفحص القولون بأكمله بحثاً عن سليلات أخرى.

### تنظير للقولون أقل إزعاجاً

إنّ التصوير بالأشعة المقطعية للقولون بالحاسوب يمثل تقنية متقدمة وواعدة في مجال فحص القولون. وهذا التنظير الذي يطلق عليه اسم شائع هو "تنظير القولون الافتراضي"، يعطي صوراً ثنائية وثلاثية الأبعاد للقولون



والمستقيم من دون الحاجة إلى استعمال منظار القولون أو التسكين.

ويعطى المريض مسهلات وربما حقنة شرجية قبل إجراء التنظير، وذلك لتفريغ القولون من البراز. ثم يتم ملء القولون بالهواء عبر إدخال رأس قسطرة صغير في المستقيم. بعد ذلك، تؤخذ صور لكامل القولون والمستقيم بواسطة جهاز التصوير بالأشعة المقطعية. ويعتبر تنظير القولون الافتراضي أقل إزعاجاً وأكثر سرعة من تنظير القولون التقليدي. إذ يستغرق تصوير القولون بكامله 10 دقائق عموماً. وفي بعض الأحيان، يُطلب من المريض إمساك نفسه للحد من تحركات البطن وتجنب تشويه الصور.

والواقع أنه يتم إجراء دراسات للمقارنة بين فعالية التنظير الافتراضي والتنظير التقليدي للقولون. إذ تسمح الطريقة الجديدة بالكشف عن معظم السليبات التي يفوق طولها الإنش الواحد. غير أنه في حال الاشتباه بأماكن أخرى يحتاج المصاب لإجراء عملية التنظير التقليدية التي تتيح الحصول على رؤية أفضل للمنطقة المشبوهة، كما أنها تسمح بأخذ خزعات أو إزالة السليبات. ويدرس الباحثون حالياً إمكانية إجراء تنظير افتراضي للقولون بنجاح من دون إعداد مسبق للأمعاء.

اختبار سبر الحمض المتنقل (pH)



يساعد هذا الاختبار على كشف الإصابة بارتداد الحمض، وهي حالة يرتد فيها حمض المعدة إلى المريء. ويستعمل الاختبار مسباراً لقياس الحمض لتحديد لحظة ارتداد الحمض إلى المريء ومدة بقاءه فيه.

ويستغرق إدخال المسبار حوالي 15 دقيقة. يعتمد خلالها المريض إلى الجلوس بينما تقوم ممرضة أو تقني برش دواء مخدر في حلقه قبل إدخال قسطرة من الأنف (ونادراً من الفم) إلى المريء. ويتم تثبيت المسبار فوق الصمام العضلي تماماً (مصرة المريء السفلى) بين المريء والمعدة. وقد يوضع مسبار آخر في أعلى المريء. وتجدر الإشارة هنا إلى أنّ القسطرة لا تعيق التنفس كما أنّ الانزعاج، في حال وجوده، يكون بسيطاً لدى معظم الأشخاص.

ويرتبط الطرف الثاني للقسطرة بحاسوب صغير يثبت حول وسط المريض أو على كتفه أثناء الاختبار. إن مهمة هذا الحاسوب هي تسجيل مستويات الحمض. يمكن للمريض، بعد تثبيت الجهاز في مكانه، أن يعود إلى منزله أو لمقر إقامته ثم يرجع في اليوم التالي لنزع الجهاز.

والواقع أنّ معرفة تواتر ارتداد الحمض ومدته من شأنها أن تساعد الطبيب في تحديد أفضل طريقة لعلاج الحالة. علاوة على ذلك، يساعد هذا الاختبار على معرفة ما إذا كان الارتداد مسؤولاً عن عوارض أخرى كآلم الصدر أو السعال أو أزيز النفس، وذلك بربط فترات الارتداد بلحظة بدء هذه العوارض. فيطلب من المريض أثناء ارتدائه للجهاز تسجيل الوقت الذي عانى فيه منها بالإضافة إلى مدة دوامها.



كما يستعمل اختبار سبر الحمض المنتقل أحياناً لمعرفة مدى فعالية العلاج الموصوف للتحكم بارتداد الحمض. فيوضع مسبار ثالث في المعدة، إضافةً إلى المسبارين المثبتين في أعلى المريء وأسفله، لقياس مستوى الحمض فيها.

### اختبار العضل المريئي (قياس الضغط بالمانومتر)

يوصف هذا الاختبار، الذي يقيس الضغط المريئي، إن اشتبه الطبيب بوجود مشكلة في البلع ناجمة عن خلل في وظيفة عضلات المريء. وأثناء الاختبار، يتم إدخال أنبوب دقيق حساس للضغط في الأنف (ونادراً في الفم) ومنه إلى المريء. وهناك يقيس الأنبوب التقلصات العضلية أثناء البلع.

فعند البلع، تتقلص عضلات المريء وتسترخي بشكل طبيعي مطلقةً تموجات (تعرف بالتحوي) تدفع الطعام والسوائل باتجاه المعدة. إضافةً إلى ذلك، يقوم الصمامان العضليان (مصري المريء العليا والسفلى) بالاسترخاء والانفتاح للسماح للأطعمة والسوائل بالمرور. ثم تتغلق بعد ذلك لمنع حمض المعدة الضار من إتلاف المريء والحلق. ينجم عن الخلل الوظيفي لهذه العضلات مشاكل منها صعوبة في البلع وحرقة حادة وتشنجات مريئية وحتى الإلتهاب الرئوي الناتج عن استنشاق محتويات المعدة.

عادةً يتم اللجوء إلى قياس الضغط بالمانومتر بعد فشل الاختبارات أو العلاجات الأخرى في تحديد سبب المشكلة. ويستغرق هذا الاختبار أقل من ساعة واحدة، ويستعمل في بعض الأحيان، لقياس الضغط في المعدة أو المعى الدقيق أو المستقيم.

### الدراسات الانتقالية



عند الإصابة بحالات متواصلة من ألم البطن أو الغثيان أو التقيؤ أو الإمساك أو الإسهال، ولم تتجح وسائل الاختبار الأخرى في تحديد السبب، قد يطلب الطبيب إجراء واحدة من عدة دراسات انتقالية. وهذه الدراسات هي عبارة عن اختبارات لقياس سرعة مرور الطعام في بعض أو جميع أجزاء الجهاز الهضمي. فإن كانت العضلات أو الأعصاب الهضمية لا تعمل بشكل سليم، قد ينتقل الطعام بوتيرة أسرع أو أبطأ من العادة.

### تفريغ المعدة

يقيم هذا الاختبار سرعة تفريغ المعدة للطعام في المعى الدقيق. ويأمر الطبيب بإجراء هذا الاختبار في حالات التقيؤ غير المبررة أو عند الشعور بالامتلاء بعد تناول كمية صغيرة من الطعام. فعلى سبيل المثال، يكون الأشخاص المصابون بالداء السكري عرضة للشلل المعدي، وهي حالة تفرغ فيها المعدة الطعام ببطء شديد. يقصد المريض الطبيب بعد الامتناع عن الطعام في الليلة السابقة، ويتناول لديه بعض الخبز والبيض مع كوب من الحليب. يحتوي البيض على بضع قطرات من مادة متتبعة مشعة بعض الشيء، لا لون أو طعم لها. وأثناء وقوف المريض أو استلقائه على ظهره، تقوم كاميرات تعمل بأشعة غاما بالتقاط صور للبيض خلال مروره عبر المعدة. ولا تظهر الصور الأعضاء الداخلية بل البيض المشع فقط. وتؤخذ الصور الأولى فور تناول الطعام، تتبعها صور بعد ساعة وأخرى بعد ساعتين وأخيراً بعد أربع ساعات. ويستغرق التقاط كل مجموعة من الصور حوالي 5 دقائق فقط، وبمقدور المريض أن يجلس أو يتمشى في الوقت الفاصل بينها.



فإن كانت المعدة تفرّغ الطعام بشكل طبيعي، يتم طرد 39 بالمئة من البيض خارج المعدة بعد ساعة، و 40 إلى 76 بالمئة منه بعد ساعتين و 84 إلى 98 بالمئة بعد أربع ساعات.

### تفريغ المعدة وانتقال الطعام في المعى الدقيق

هذا الاختبار هو نفس اختبار تفريغ المعدة، باستثناء أنّ صوراً إضافية يتم التقاطها بعد مرور ست ساعات على تناول الطعام. فإن كان المعى الدقيق ينقل الطعام بشكل طبيعي، فإنّ 46 إلى 98 بالمئة من البيض يكون قد اجتاز المعى الدقيق في هذا الوقت ووصل إلى القولون.

### الانتقال المعوي الكامل

يتم إجراء هذا الاختبار إن اشتبه الطبيب بأن القناة الهضمية لا تنقل الطعام بشكل طبيعي، وكان غير متيقن من مصدر المشكلة. فيقوم المريض في البداية بابتلاع قرص يحتوي على عنصر مشعّ متتبع. ويكون هذا القرص مصمم بحيث يبقى على حاله حتى بلوغه أعلى القولون. وهناك يذوب ويحرر المادة المشبعة التي تعبر في ما بعد أسفل القناة الهضمية.

بعد ساعة من أخذ القرص، يتناول المريض إفطار البيض نفسه المخصص لباقي الدراسات الانتقالية، ويتبع ذلك نفس برنامج النقاط الصور المعتمد في الدراسة الانتقالية للمعدة والمعى الدقيق. غير أنه ثمة اختلاف هام، إذ يعود المريض في اليوم التالي لأخذ صورة بعد مرور 24 ساعة على ابتلاع القرص. ففي الصباح التالي يكون القرص قد حرر العنصر المتتبع الذي سيظهر ممزوجاً ببقية الطعام



في وسط أو أسفل القولون. أما إن بقي العنصر المنتبج في أول القولون، فهذا يعني أنّ القولون لا يطرد بقية الطعام بصورة طبيعية.

### الانتقال في القولون

يأمر الطبيب بإجراء هذا الفحص للقولون فقط في حال الإصابة بأمساك حاد ومتواصل. فيأخذ المريض نفس القرص المُعطى في الاختبار السابق، غير أنه ليس مضطراً إلى تناول الإفطار المعد خصيصاً. عوضاً عن ذلك، تقوم الممرضة أو التقني الطبي بتحديد مواعيد تناول الطعام أثناء النهار. وتؤخذ صورة أولى فور ابتلاع المريض للقرص، تتبعها أخرى بعد أربع ساعات. وفي هذا الوقت، يكون القرص قد بلغ أول القولون. من ثمّ، يعود المريض بعد 24 ساعة لالتقاط صورة تظهر مدى تقدم العنصر المنتبج. وكما هو الحال في الاختبار السابق، إن لم يبلغ العنصر منتصف القولون أو أسفله، فهذا يعني أنّ القولون لا يطرد الطعام بالسرعة الطبيعية. وهذا ما يفسر سبب الإمساك.



### مرض الارتداد المعدي المريئي

#### علاماته وعوارضه

- حرقة
- ارتداد الحمض
- صعوبة البلع
- ألم في الصدر
- سعال متواصل
- بحة

لا شك بأن كثيراً منا قد سبق له أن أصيب بالحرقة، أي ذلك الإحساس المحرق في الصدر وأحياناً في الحلق، والناجم عن ارتداد حمض المعدة إلى المريء. وقد يكون السبب في ذلك هو الإفراط في الأكل أثناء العشاء، أو الخلود للنوم قبل أن يتم هضم وجبة المساء الخفيفة.

والواقع أنّ الحرقة هي عارض شائع، والإصابة بها عرضياً لا يشكل مدعاةً للقلق عموماً. غير أنّ عدداً كبيراً من الناس يعاني من الحرقة بانتظام، لا بل يومياً. وتشير الإحصاءات إلى أنّ واحداً من بين كل 10 أميركيين يصاب بالحرقة يومياً. علماً أنّ حالات الحرقة المتكررة تمثل مشكلة خطيرة، وتستحق عناية طبية. وفي أغلب الأحيان، تشكل الحرقة المتواصلة أو المتكررة عارضاً لمرض الارتداد المعدي المريئي.

ما هو مرض الارتداد المعدي المريئي؟

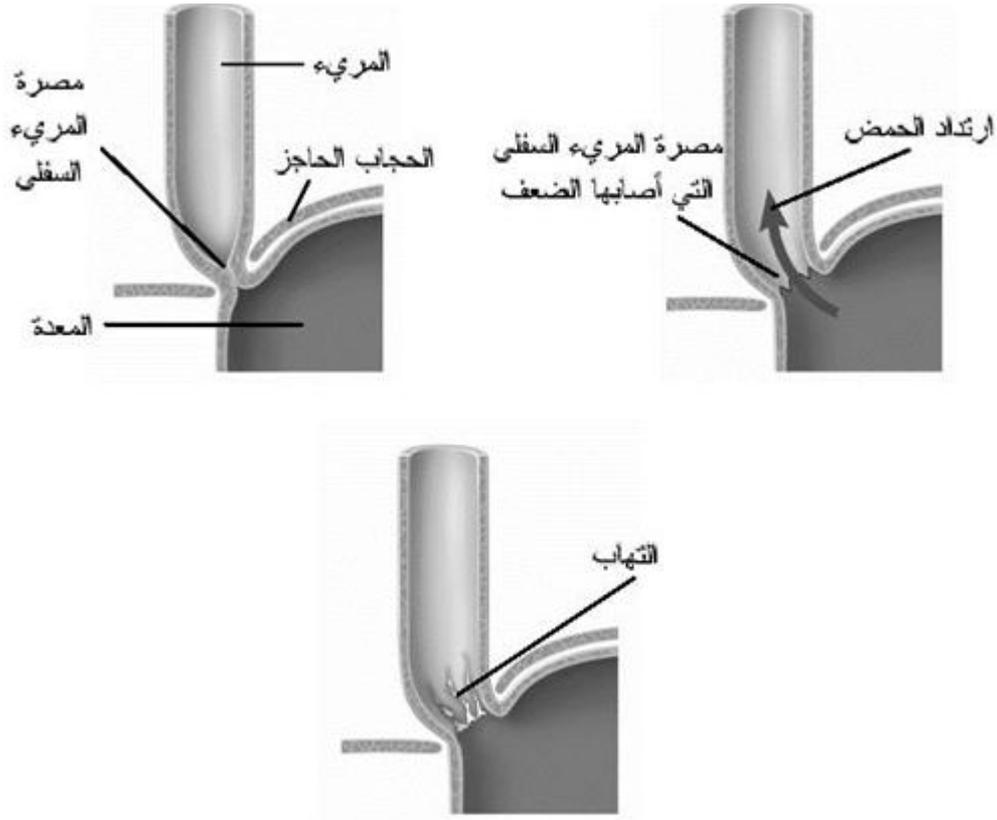


ينتقل الطعام عندما تأكل عبر المريء إلى صمام عضلي يفصل بين أسفل المريء والمعدة. فينفتح هذا الصمام، الذي يدعى مِصْرَّة المريء السفلى، للسماح للطعام بالمرور إلى المعدة ثم ينغلق من جديد.

ويحدث ارتداد حمض المعدة عندما يضعف الصمام ولا ينغلق بإحكام كما ينبغي. فيتدفق الحمض رجوعاً إلى أسفل المريء مسبباً حرقة متكررة وإزعاجاً يومياً. ومن شأن الحمض أيضاً أن يترد إلى أعلى المريء مخلّفاً طعم حموضة في الفم أو مسبباً السعال. ويؤدي هذا الارتداد المتواصل للحمض إلى تهيج بطانة المريء والتهابها (التهاب المريء). ومع الوقت، قد يصاب المريء بالتضيّق أو التآكل مما يسبب نزفاً أو صعوبة في البلع.

ومرض الارتداد المعدي المريئي هو الاسم الذي يطلق على حالات الارتداد المزمنة التي ينجم عنها التهاب المريء. ويصيب هذا المرض أياً كان، حتى الأطفال والرضع، غير أنه أكثر شيوعاً لدى الأشخاص الذين تجاوزوا سن الأربعين. واستناداً إلى الإحصاءات فإنّ نصف المصابين بهذا المرض يتراوح سنهم بين الخامسة والأربعين والرابعة والستين.





في الحالات الطبيعية، تظل مصرة المريء السفلى مغلقة لمنع حمض المعدة من الارتداد إلى المريء. ولكن في حال ضعف المصرة أو استرخائها، بإمكان الحمض أن يدخل المريء مسبباً حرقة والتهاباً في الأنسجة.

### تنوع العوارض

يعتبر ارتداد الحمض والحرقة عارضين مشتركين لدى معظم المصابين بمرض الارتداد المعدي المريئي. أما بالنسبة إلى بقية العوارض فهي تختلف عادةً، وتشتمل على:

**ألم الصدر.** غالباً ما يتفاقم الألم بعد وجبة دسمة أو أثناء الليل. وبما أنّ الإصابة بمرض الارتداد المعدي المريئي واعتلال القلب في وقت واحد هو أمر ممكن، فمن الضروري تقييم ألم الصدر للتأكد من أنه غير مقترن بحالة قلبية.

**السعال.** يصاب البعض بسعال مزمن قد يكون ناجماً عن ارتداد كميات صغيرة من حمض المعدة إلى المجاري الهوائية للرئة (الشعب



(الهوائية).

أزيز النفس. يبدو أن ارتداد الحمض يؤدي إلى تفاقم أزيز النفس الشبيه أحياناً بالربو أو يتسبب في نشوئه.

مشاكل الحلق. من شأن ارتداد الحمض والالتهاب أن يسببا بحة في الصوت أو حاجة دائمة إلى تنظيف الحلق كما يولدان في حالات أخرى شعوراً بوجود كتلة فيه أو يؤديا إلى التهاب مزمن أو فواق.

صعوبة البلع. قد تشير مشاكل البلع إلى تضيق المريء أو إصابته بتشنج مؤقت. وفي الحالات الحادة، قد يصاب المريض بالاختناق أو يشعر وكأن الطعام محجوز خلف عظم الصدر.

النزف. من شأن التهاب بطانة المريء وتآكلها أو الإصابة بقرحة مريئية أن تسبب نزفاً. وقد يبدو الدم أحمر فاتحاً أو داكناً (أو حتى أسود) ويظهر في القيء أو ممتزجاً بالبراز.

### الأسباب الأخرى لالتهاب المريء

يعتبر مرض الارتداد المعدي المريئي من أكثر أسباب التهاب المريء شيوعاً. غير أنّ الالتهاب قد يتأتى عن أسباب أخرى. فمن شأن الفطريات أو أحد الفيروسات أن تحدث التهاباً في نسيج المريء، خاصةً لدى الأشخاص الذين يعانون من ضعف في الجهاز المناعي. كما أنه ثمة أقرص قد تهيج الأنسجة أثناء ابتلاعها، خاصة إن تم تناولها من دون سائل ملائم أو أثناء الاستلقاء. وتشتمل هذه الأقرص على المضادات الحيوية، والأندرونات (Fosamax) التي توصف لترقق العظم، وأقرص الفيتامين C.



## من هم المعرّضون للمرض؟

ليس من السهل دوماً تحديد سبب الارتداد المعدي المريئي. فبعض المصابين بالمرض ليست لديهم عوامل خطر تشير إلى سبب محتمل. غير أنّ كثيراً من الناس لديهم عامل واحد على الأقل. والواقع أنه ثمة خمسة عوامل من شأنها أن تزيد بشكل ملحوظ خطر الإصابة بمرض الارتداد المعدي المريئي. وهي تتضمن:

**الوزن الزائد.** إنّ كثيراً من المصابين بمرض الارتداد المعدي المريئي، وليس جميعهم، هم من ذوي الوزن الزائد. فزيادة الوزن تضع ضغطاً إضافياً على المعدة والحجاب الحاجز، وهو العضل الكبير الذي يفصل بين الصدر والبطن، وتجبر مصرة المريء السفلى على الانفتاح. كما أنّ تناول وجبات كبيرة أو غنية بالدهون قد يؤدي إلى النتائج نفسها.

**التاريخ العائلي.** استناداً إلى الباحثين في مايو كلينك، يملك بعض الأشخاص تاهباً وراثياً للمرض. فإن كان والداك أو أشقاؤك مصابين بمرض الارتداد المعدي المريئي، تتضاعف فرص إصابتك به أنت أيضاً.

**الفتق الفوهي (Hiatal hernia).** في هذه الحالة، يبرز جزء من المعدة إلى أيمن الصدر، ويعجز الحجاب الحاجز عن مصرة المريء السفلى (أنظر الصفحة 74). وحين يكون الفتق كبيراً، من شأنه أن يجعل ارتداد الحمض أكثر سوءاً.

**التدخين.** من شأن التدخين أن يزيد من إفراز الحمض ويؤدي بالتالي إلى تفاقم مرض الارتداد.



**الحمل.** يعتبر مرض الارتداد المعدي المريئي أكثر شيوعاً أثناء الحمل وذلك بسبب تزايد الضغط على المعدة وزيادة إفراز البروجسترون. والمعروف أنه من شأن هذا الهرمون أن يسبب استرخاء كثير من العضلات، بما فيها مصرة المريء السفلى.

**الربو.** يشيع مرض الارتداد المعدي المريئي أيضاً لدى المصابين بالربو. بيد أنه من غير الواضح ما إذا كان الربو يشكل سبباً أو نتيجة لهذا المرض. ويمكن القول نظرياً بأنه من شأن السعال والأزيز اللذين يرافقان الربو أن يؤديا إلى تغير في الضغط داخل الصدر والبطن، ينجم عنه ارتداد حمض المعدة إلى المريء. علاوة على ذلك، بإمكان بعض الأدوية المستعملة لتوسيع المجاري الهوائية أن ترخي مصرة المريء السفلى متيحة للحمض بالارتداد.

وبمقدور مرض الارتداد المعدي المريئي أيضاً أن يفاقم عوارض الربو. فمثلاً، قد يستنشق المريض كميات صغيرة من العصارات الهضمية المرتدة إلى المريء، مما يسبب تلف المجاري الهوائية.

**الداء السكري.** من بين مضاعفات السكري العديدة ثمة اضطراب هضمي يتمثل في استغراق المعدة وقتاً طويلاً لهضم الطعام (شلل المعدة). وحين تبقى محتويات المعدة فيها لفترة طويلة، من شأنها أن ترتد إلى المريء وتتلف البطانة.

**القرحة الهضمية.** إنّ وجود جرح مفتوح (قرحة) قرب الصمام الذي يتحكم بتدفق الطعام من المعدة إلى المعى الدقيق (صمام البواب) بإمكانه أن يسدّ الصمام أو يعيق عمله. بالتالي، لا تخرج الأطعمة والسوائل من المعدة بالسرعة المطلوبة، فيبقى الحمض في المعدة لوقت أطول من العادة ويرتد إلى المريء.



تأخر تفريغ المعدة. إضافة إلى السكري أو القرحة، من شأن الخلل الوظيفي لأحد الأعصاب أو العضلات أن يؤخر تفريغ المعدة، ويسبب ارتداد الحمض.

اضطرابات في النسيج الضام. من شأن الأمراض التي تؤدي إلى زيادة سماكة النسيج العضلي وتورمه أن تمنع العضلات من الاسترخاء والتقلص بشكل طبيعي، متيحة ارتداد الحمض.

مرض زولينغر إليسون. من مضاعفات هذا الاضطراب النادر إفراز المعدة كميات مرتفعة جداً من الحمض، مما يضاعف خطر ارتداد الحمض والإصابة بمرض الارتداد المعدي المريئي.

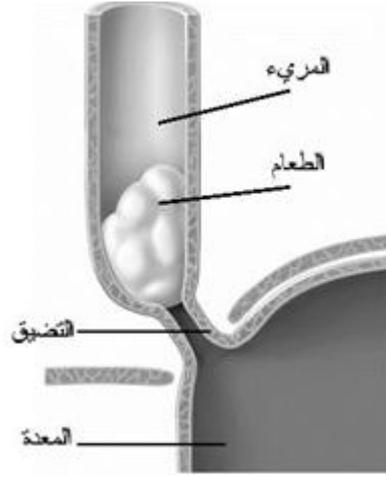
### مخاطر تجاهل العوارض

إنّ مضاعفات مرض الارتداد المعدي المريئي شائعة جداً. وفي حال عدم علاج الحالة، من شأن ارتداد الحمض أن يؤدي إلى واحدة أو أكثر من المشاكل التالية:

### التضييق المريئي

يطرأ التضييق لدى حوالي 10 بالمئة من المصابين بالمرض. إذ يؤدي تلف خلايا أسفل المريء الناجم عن التعرض للحمض إلى تشكل نسيج ندبي. فيضيق هذا النسيج ممر الطعام وقد يعيق البلع ويؤدي إلى احتباس اللقم الكبيرة في المنطقة المتضيقة. وينص علاج التضييق عامةً على إجراء عملية لشدّ وتوسيع أنسجة المريء، بالإضافة إلى دواء كابح للحمض يساعد على منع إعادة التضييق.





غالباً ما يسبب تضيق المريء صعوبة في البلع.

### القرحة

من شأن حمض المعدة أن يؤدي إلى تآكل بعض الأنسجة في المريء يتكون بنتيجته جرح مفتوح. وقد تنزف القرحة مسببة الألم وصعوبة في بلع الطعام. غير أنّ العقاقير المصحوبة بتغييرات في نمط الحياة للتحكم بارتداد الحمض المعدة قد تتجح في شفاء القرحة، وذلك بإعطائها الوقت الكافي لتلتئم. لمزيد من المعلومات عن القروح أنظر الفصل 6.

### مريء باريت Barrett's esophagus

هو من إحدى المضاعفات الخطيرة لمرض الارتداد المعدي المريئي. وبالرغم من ندرة هذه الحالة، إلا أنها في تزايد مستمر. وفي مريء باريت يتغير لون وبنية الأنسجة التي تبطن أسفل المريء، فتنحول من اللون الوردي إلى لون السلمون (أي البرتقالي الوردي). وتبدو الأنسجة تحت الميكروسكوب شبيهة بأنسجة المعى الدقيق. ويدعى هذا التغير الخلوي بالتبدل الكامل.

ويتأتى التبدل الكامل عن التعرض المتكرر والطويل لحمض المعدة، ويقترن بزيادة خطر الإصابة بسرطان المريء. واستناداً إلى

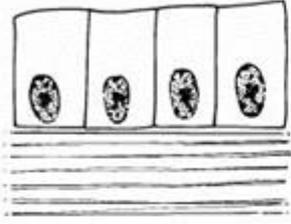


الإحصاءات، فإنّ 5 بالمئة من المصابين بمرض الارتداد المعدي المريئي لديهم مريء باريت. وفور الإصابة بهذه الحالة، يرتفع احتمال تكون سرطان المريء بين 30 و125 مرة أكثر من الأشخاص الأصحاء. ولكن نظراً لندرة سرطان المريء، يبقى احتمال إصابة مريض الارتداد المعدي المريئي بسرطان المريء منخفضاً جداً.

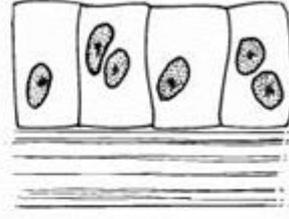
ويعتبر التنظير الداخلي الوسيلة الأكثر استعمالاً للكشف عن مريء باريت. إذ يتم إدخال أنبوب دقيق ومرن يحتوي على كاميرا بالغة الصغر في المريء، مما يسمح للطبيب بفحص هذا العضو والبحث عن الأنسجة التالفة. وفي حال اكتشاف تغيرات نسيجية، قد يعمد الطبيب إلى أخذ عينات صغيرة (خزع) من النسيج من أسفل المريء لفحصها والتأكد من وجود دليل لتغيرات خلوية ما قبل سرطانية. وتتراوح درجة التغيرات ما قبل السرطانية في مريء باريت من التغيرات المنعدمة إلى القليلة ولكن الملحوظة (خلل نسيجي خفيف الدرجة) إلى التغيرات الخطيرة (خلل نسيجي عالي الدرجة)، وأخيراً إلى السرطان التوسعي. وكلما ازدادت خطورة التغيرات، تعاظم احتمال وجود سرطان أو تكونه.



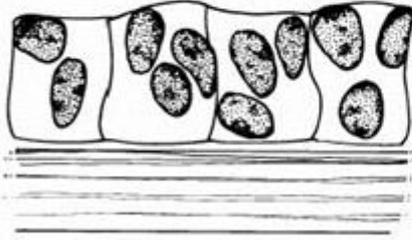
انعدام الخلل النسيجي



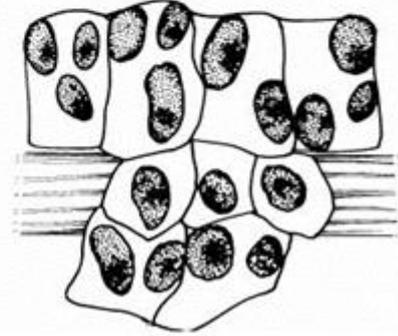
خلل نسيجي خفيف الدرجة



خلل نسيجي عالي الدرجة



سرطان توسعي



في مريء باريت، يطرأ على الخلايا التي تبطن المريء تغييرٌ يطال حجم الخلية وشكلها وبنيتها. وكلما كانت التغيرات أكثر وضوحاً، تعاظم خطر تكون السرطان في الخلايا وامتداده إلى بنى خلوية أخرى.

وثمة علاج لمريء باريت. غير أنّ المشكلة تتمثل في كون المصابين غالباً ما يلجأون إلى الطبيب بعد فوات الأوان، حين يكون السرطان قد سبق وظهر. ويبدأ العلاج بالسيطرة على مرض الارتداد المعدي المريئي بواسطة الغذاء والتغييرات الحياتية وغالباً بالأدوية لإيقاف ارتداد حمض المعدة. وقد يوصي الطبيب بإجراء تنظيف داخلي كل سنتين إلى 3 سنوات للاطلاع على التغيرات الطارئة على الأنسجة المريئية. وفي حالات الخلل النسيجي العالي الدرجة، قد يشتمل العلاج على إحراق الأنسجة التالفة أو على جراحة لإزالة جزء من المريء.

**زيارة الطبيب**



إن كنت تصاب بالحرقة مرتين في الأسبوع على الأقل وذلك لعدة أسابيع أو لاحظت تفاقم العوارض، اقصد الطبيب. وسيطرح عليك هذا الأخير أسئلة عن صحتك وعن العوارض التي تشعر بها. كم مرة تطراً العوارض؟ متى تطراً عادةً؟ هل تزداد حدتها؟ هل ثمة ما يشعرك بالتحسن؟ وقد يستعلم الطبيب أيضاً عن نمط حياتك: هل تدخن؟ ما هي عاداتك الغذائية؟ هل ازداد وزنك مؤخراً؟

فإن كنت تعاني من العوارض النموذجية لمرض الارتداد المعدي المريئي، أي الحرقة وارتداد الحمض، من دون وجود أية عوارض أو مضاعفات أخرى، قد لا تحتاج لإجراء أية اختبارات. ولكن، إن كانت الحرقة حادة أو مصحوبة بعوارض إضافية، فقد يشير ذلك إلى وجود مضاعفات للمرض. وسيحتاج الطبيب على الأرجح للقيام ببعض الاختبارات قبل إعطاء التشخيص.

لتشخيص مرض الارتداد المعدي المريئي وتحديد المضاعفات التي تصاحبه، يصف الطبيب واحداً أو أكثر من الاختبارات التالية.

**التنظير الداخلي العلوي.** وهو يعتبر الاختبار الأكثر دقة لأنه يسمح للطبيب برؤية المريء والمعدة. كما يمكنه أخذ عينات عند الضرورة.

**صورة أشعة إكس لأعلى المعدة والأمعاء.** من شأن هذا الاختبار أن يكشف عن الظواهر الشاذة أو الانسداد في أعلى قناة المعدة والأمعاء. ويشرب المريض قبل الخضوع للاختبار محلولاً معدنياً أبيض اللون (باريوم) يغلف القناة الهضمية، ويسمح برؤية المعدة والأمعاء بشكل أوضح على أفلام أشعة إكس.



اختبار سبر الحمض المتقل (pH). يقيس هذا الاختبار مستويات الحمض في أعلى المريء وأسفله، ومن شأنه أن يساعد على تحديد مدى تواتر ارتداد الحمض ومدته.

ويشتمل الفصل الرابع على معلومات إضافية عن هذه الاختبارات وكيفية إجرائها.

### العناية الذاتية، خطوة أولى نحو العلاج

بغض النظر عن حدة المرض، فإن الخطوة الأولى لعلاج مرض الارتداد المعدي المريئي هي فحص العادات المعيشية. فبالنسبة إلى من يعانون من عوارض خفيفة، قد تكون التغييرات الحياتية كافية لعلاج المرض. أما في الحالات الحادة، فمن شأن التغييرات المعيشية أن تساعد على السيطرة على المرض بالأدوية.

**أقلع عن التدخين.** فالتدخين يضاعف ارتداد الحمض ويجفف اللعاب الذي يساعد على حماية المريء من الحمض.

**تناول وجبات أصغر حجماً.** فهذا يخفف الضغط على مصرة المريء السفلى ويمنع الصمام من الانفتاح ليرتد الحمض إلى المريء. **اجلس معتدلاً بعد الأكل.** انتظر ثلاث ساعات على الأقل قبل الذهاب إلى الفراش أو أخذ قيلولة. وخلال هذه المدة يكون معظم الطعام الموجود في المعدة قد انتقل إلى المعى الدقيق، ولا يمكنه الارتداد إلى المريء.

**لا تمارس الرياضة مباشرة بعد الأكل.** انتظر لساعتين أو ثلاث ساعات قبل القيام بنشاط جسدي مضمّن.

**قلل من الأطعمة الدهنية.** أسفرت الدراسات عن احتمال وجود علاقة وثيقة بين استهلاك الدهون ومرض الارتداد المعدي المريئي.

فالأطعمة الدهنية ترخي مصرة المريء السفلى وتسمح لحمض المعدة بالارتداد إلى المريء. كما تبطن الدهون عملية تفرغ المعدة وتزيد المدة التي يمكن أن يترد خلالها الحمض إلى المريء.

**تجنب الأطعمة والمشروبات الضارة.** وهي تشمل على المشروبات المحتوية على الكافيين والشوكولا والبصل والمأكولات المحتوية على التوابل والنعناع. إذ تميل هذه الأطعمة إلى زيادة إفراز حمض المعدة، ومن شأنها أيضاً أن ترخي مصرة المريء السفلى. إضافة إلى ذلك، قلل من الفاكهة الحمضية والمأكولات المرتكزة على الطماطم. فهذه الأطعمة حمضية وقد تهيج المريء المصاب بالالتهاب مؤدية إلى تفاقم عوارض مرض الارتداد المعدي المريئي لدى البعض.

فإن كانت مصرة المريء السفلى لديك مصابة بضعف معتدل إلى حاد، فإن ما تتناوله من طعام أو شراب لا يهم فعلاً. ذلك أن حمض المعدة يترد إلى المريء بغض النظر عما تأكل.

**تجنب الكحول.** فالكحول يرخي مصرة المريء السفلى وقد يهيج المريء ويزيد العوارض سوءاً.

**خفف الوزن الزائد.** فزيادة الضغط على المعدة بسبب الوزن الزائد يجعل المرء أكثر عرضة للإصابة بالحرقة وارتداد الحمض.

ارفع رأس السرير من 6 إلى 9 إنش. فهذه الطريقة توفر انحناءً تدريجياً من القدمين إلى الرأس وتساعد على منع الحمض من التدفق إلى المريء أثناء النوم. ضع إسفنجة تحت المرتبة لرفعها، والأفضل وضع قطع خشبية تحت قدمي السرير من جهة الرأس.

**العقاقير والملحقات التي قد تفاقم مرض الارتداد المعدي**

**المريئي**



من شأن بعض الأدوية والملحقات أن تؤدي إلى تفاقم عوارض مرض الارتداد المعدي المريئي وذلك بتخفيف ضغط مصرة المريء السفلى أو تهيج المريء. بالتالي، حاول تجنب الأدوية والملحقات التالية إن أمكن. وفي حال كنت تتعاطى أحدها، استشر الطبيب قبل التوقف عن أخذها. فإيقاف هذه الأدوية بشكل مفاجئ قد يشكل خطراً على صحتك.

- مضادات إفراز الكولين، وهي أدوية ترخي العضلة الملساء.
- أدوية حصر قناة الكالسيوم، وتوصف لارتفاع ضغط الدم.
- أقراص البوتاسيوم.
- أقراص الفيتامين c.
- تيتراسيكلين، وهو مضاد حيوي، على شكل كبسولات.
- العقاقير المضادة للالتهاب الخالية من الستيروبيد، كالأسبيرين (Bayer, Bufferin)، إيبوبروفين (Advil, Motrin, Nuprin)، نابروكسين (Aleve) وكييتوبروفين (Orudis).
- كينيدين (Quinidex)، وهو دواء لعدم انتظام القلب.
- ثيوفيلين (Theo-Dur)، ويوصف للربو.
- المسكنات والمهدئات.
- ألندرونات (Fosamax)، ويوصف لترقق العظم.

تجنب الملابس الضيقة. فهي تضغط على المعدة. خذ وقتاً للاسترخاء. حين تشعر بالتوتر تتباطأ عملية الهضم وتتفاقم عوارض مرض الارتداد المعدي المريئي. إلا أنّ تقنيات الاسترخاء، كالنتفس العميق أو التأمل أو اليوغا، من شأنها تحسين حالة المريض عبر تخفيف التوتر، بالرغم من عدم إثبات فعاليتها علمياً.



## الأدوية المستعملة

ربما جربت جميع وسائل العناية الذاتية، فانقطعت عن تناول الأطعمة الدهنية وصارت وجباتك أصغر حجماً وخففت من وزنك وأقلعت حتى عن التدخين. غير أنّ العوارض بقيت على حالها أو تحسنت بشكل طفيف فقط. حين لا تنفع التغييرات المعيشية، تتمثل الخطوة التالية بالعلاج بالأدوية.

### مضادات الحموضة

تعتبر هذه الأدوية غير الموصوفة ملائمة جداً لحالات الحرقنة العارضة أو الطفيفة. فمضادات الحموضة تبطل حمض المعدة وتزيل العوارض بصورة سريعة ومؤقتة. وتتوفر هذه الأدوية بأشكال مختلفة من العوامل المبطلّة. فمثلاً، Tums و Roloids هي أقراص تؤخذ مضغاً وتحتوي على كاربونات الكالسيوم. أما Mylanta و Maalox فيحتويان على الماغنيزيوم أو الكالسيوم ويتوافران على شكل سائل أو أقراص. وبشكل عام، تؤدي الأشكال السائلة مفعولاً أسرع من الأقراص، مع أنّ البعض لا يفضلونها.

وبإمكان مضادات الحموضة أن تخفف العوارض إلا أنها لا تعالج سبب الارتداد. وهي آمنة إجمالاً، ولكن في حال استعمالها بشكل متواصل من شأنها أن تسبب آثاراً جانبية كالإسهال أو الإمساك. وقد تتفاعل بعض مضادات الحموضة مع عقاقير أخرى بما فيها أدوية اعتلال الكلى أو القلب. إضافة إلى ذلك، فإن الاستعمال المتواصل للمستحضرات المحتوية على الماغنيزيوم يمكن أن يؤدي إلى توضع الماغنيزيوم الذي قد يفاقم اعتلال الكلى أو يسببه، خاصةً إن كان المريض مصاباً بالسكري. ومن شأن كثرة الكالسيوم أيضاً أن تؤدي



إلى حصى في الكلى. فإن كنت تتعاطى مضادات الحموضة بانتظام، اذكر الأمر لطبيبك.

### أدوية حصر الحمض

تتوافر هذه الأدوية المعروفة أيضاً بأدوية حصر الهيستامين (H-2) بأنواع موصوفة وغير موصوفة. وعضواً عن إبطال الحمض، فهي تقلص إفرازه. وتتميز أدوية حصر الحمض عن مضادات الحموضة بقدرتها على منع ارتداد الحمض والحرقة، وليس تخفيفها فحسب. علاوة على ذلك فإن مفعولها يدوم أطول نظراً لكونها توقف الحرقة لمدة 8 ساعات، مقابل 4 ساعات أو أقل بالنسبة إلى مضادات الحموضة.

وتشتمل أدوية حصر الحمض على: سيميتيدين (Tagamet)، فاموتيدين (Pepcid)، نيزاتيدين (Axid)، ورانيتيدين (Zantac). وتتمتع الأنواع غير الموصوفة بنصف قوة مثيلاتها الأدوية الموصوفة. ويستحسن أخذ أدوية حصر الحمض قبل الوجبة التي تسبب الحرقة أو بعد ظهور العوارض، علماً أن مفعولها لا يظهر قبل 30 دقيقة على الأقل.

وتساعد أدوية حصر الحمض على شفاء التهاب المريء والقروح وذلك بتخفيف تعرض أنسجة المريء للحمض. وقد يوصي الطبيب باستعمال الدواء لعدة شهور أو أكثر إن كان يحول دون عودة العوارض. والجدير بالذكر أن هذه العقاقير نادراً ما تسبب بعض الآثار الجانبية، بما في ذلك تغيرات معوية وجفاف في الفم ودوار ونعاس، ولكنها آمنة عموماً. بيد أنه يحظر أخذ بعض أدوية حصر الحمض مع عقاقير أخرى تجنباً لاحتمال حدوث تفاعلات خطيرة. بالتالي، إن



كنت تتناول دواءً لحصر الحمض وتستعمل في الوقت نفسه أدوية أخرى، استشر الطبيب أو الصيدلي حول التفاعلات المحتملة للعقار.

### مثبطات ضخ البروتون

تعتبر هذه الأدوية الموصوفة، لانسوبرازول (Prevacid)، أوميبرازول (Prilosec)، ورابيبرازول (Aciphex)، هي الأكثر فعالية في علاج مرض الارتداد المعدي المريئي. وثمة مثبط أحدث هو بانتوبروزول (Protonix)، ويمكن تناوله عن طريق الفم أو بالوريد في المستشفيات. ويقوم هذا العقار بحصر إفراز الحمض متيحاً للنسيج المريئي المتضرر بالشفاء. وهو سهل الاستعمال لأنه يؤخذ مرة في اليوم. بيد أنه أكثر كلفة من الأدوية الأخرى لمرض الارتداد المعدي المريئي.

وتعتبر مثبطات ضخ البروتون آمنة إجمالاً ويمكن تحملها في العلاج الطويل المدى لمرض الارتداد المعدي المريئي. وقد أثبتت التجارب بأنّ هذه العقاقير آمنة بالنسبة إلى الأطفال دون سن العاشرة. أما المخاوف الأولية من احتمال أن تسبب الأدوية أوراماً في المعدة، فلم يتم تأكيدها. فإن كنت تعاني من عوارض حادة لمرض الارتداد المعدي المريئي، قد يوصي الطبيب باستعمال العقار لمدة غير محددة وذلك لإبقاء العوارض تحت السيطرة. وتجنباً للآثار الجانبية المحتملة، كألم المعدة أو البطن أو الإسهال أو ليونة البراز أو الصداع، يصف الطبيب أصغر جرعة فعالة.

### عوامل الحركة

عوضاً عن تقليص إفراز الحمض، تعمل هذه العقاقير على إسرار تفرغ المعدة وزيادة ضغط مصرة المريء السفلى. ويعتبر سيزابريد



(Propulsid) أكثر عوامل الحركة استعمالاً. ولكن تمّ سحبه من السوق الأمريكية نظراً لكون آثاره الجانبية وتفاعلات العقار المعاكسة أكثر خطورة من أدوية مرض الارتداد المعدي المريئي الأخرى. ومن شأن سيزابريد أيضاً أن يؤدي إلى تفاقم أو حدوث مشاكل في نبض القلب (عدم انتظام القلب).

وثمة عامل حركة آخر هو ميتوكلوبراميد (Reglan)، ويعمل بالطريقة نفسها. غير أنّ آثاره الجانبية على الجهاز العصبي وغيره مثل الاكتئاب قد حدثت من استعماله.

ويعمل الباحثون الآن على اكتشاف عوامل حركة أكثر أماناً.

### متى يتم اللجوء إلى الجراحة؟

نظراً لفعالية الأدوية، نادراً ما يتم اللجوء إلى الجراحة لعلاج مرض الارتداد المعدي المريئي. بيد أنّ الجراحة قد تشكل خياراً في حال عدم احتمال المريض للأدوية، أو عدم فعالية هذه الأخيرة أو عدم تمكن المريض من استعمالها على المدى الطويل. علاوة على ذلك، يوصي الطبيب بإجراء الجراحة إن عانى المريض من إحدى المضاعفات التالية:

- فتق فوهي كبير (أنظر "ما هو الفتق الفوهي؟" في الصفحة التالية).
- التهاب مريئي حاد، خاصة إن ترافق بنزف.
- تضيق متكرر في المريء.
- مريء باريت، خاصة إن ترافق مع تغيرات سابقة للسرطان أو سرطانية.



● مشاكل رئوية حادة، كالتهاب القصبات أو الإلتهاب الرئوي، ناجمة عن ارتداد الحمض.

قبل عام 1991، كانت جراحة نيسين المفتوحة (Nissen fundoplication) هي الخيار الذي يعتمده الأطباء لحالات الارتداد الحادة. أما اليوم، فقد صاروا قادرين على إجراء الجراحة نفسها بنجاح مماثل عبر تنظير البطن، حيث يحدثون عدة شقوق صغيرة في البطن عوضاً عن شق واحد كبير. وتتمثل حسنات الجراحة التنظيرية بسرعة شفاء المريض وشعوره بانزعاج أقل.

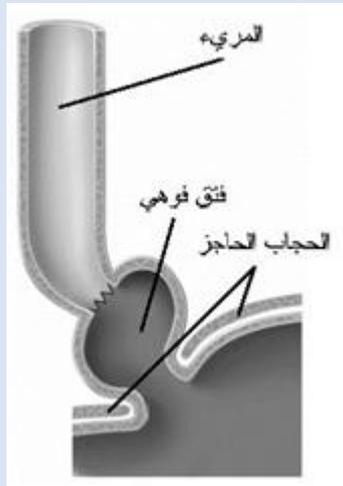
وتقوم جراحة نيسين (Nissen fundoplication) على شدّ مصرة المريء السفلى منعاً لارتداد الحمض وذلك بلفّ أعلى المعدة حول الجهة الخارجية لأسفل المريء. أما في الجراحة التنظيرية للبطن، فيقوم الجراح بصنع ثلاثة أو أربعة شقوق دقيقة في البطن، ويدخل فيها أجهزة صغيرة، بما في ذلك أنبوب مرن مع كاميرا دقيقة. ولتوفير مجال أكبر للرؤية والعمل، يتم نفخ البطن بثاني أكسيد الكربون. وتستغرق الجراحة حوالي ساعتين ويضطر المريض عادة للمبيت في المستشفى ليلة واحدة.

### ما هو الفتق الفوهي؟

الفتق الفوهي هو عبارة عن نتوء الجزء الأعلى من المعدة في تجويف الصدر الأيمن. وقد كانت هذه الحالة تعتبر في الماضي السبب الأبرز لمرض الارتداد المعدي المريئي، بيد أنّ رأي الأطباء في هذا الموضوع اتخذ اليوم منحى آخر. وصاروا يعتبرون حالات الفتق الفوهي المتوسط إلى الكبير فقط هي التي تؤدي دوراً في مرض الارتداد المعدي المريئي،

إما عبر المساهمة في زيادة حدة الارتداد أو في تفاقم عوارض المرض.

ويفصل بين تجويف الصدر والبطن عضلة كبيرة على شكل قبة تدعى الحجاب الحاجز. ويظهر الفتق الفوهي حين يندفع الجزء الأعلى من المعدة إلى الأعلى عبر الفتحة (الفوهة) الموجودة في الحجاب الحاجز والتي يمر المريء من خلالها. ولا يشكل الفتق الفوهي الصغير مشاكل تذكر. والواقع أنّ معظم الفتوق الفوهية لا تسبب عوارض على الإطلاق. إلا أنه من شأن الفتوق المتوسطة إلى الكبيرة الحجم أن تساهم في تفاقم الحرقة بإحدى هاتين الطريقتين. في الحالات الطبيعية، يكون الحجاب الحاجز موازياً لمصرة المريء السفلى، بحيث يدعمها ويضغط عليها لإبقائها مغلقة. ويأتي الفتق الفوهي ليزيح المصرة ويخفف الضغط على الصمام. وبإمكان الفتق الفوهي أيضاً أن يسبب الحرقة إن تحول الجزء المفتوق من المعدة إلى وعاء لحمض المعدة، الذي يتجه فوراً إلى المريء.



في حالة الفتق الفوهي، يبرز الجزء الأعلى من المعدة فوق الحجاب الحاجز.

وفي التواء الجزء الناتئ من المعدة في تجويف الصدر، يصبح المصاب عرضة للألم والانتفاخ وصعوبة البلع وانسداد المريء. وفي حالات نادرة، قد يبرز جزء كبير من المعدة في تجويف الصدر مقلصاً تدفق الدم إلى المعدة. وتسبب هذه الحالة ألماً حاداً في الصدر وصعوبة في البلع. وبالنسبة إلى الفتوق الفوهية الكبيرة التي تسبب مشاكل للمصابين بها، فيتم علاجها عموماً بالجراحة لإعادة المعدة إلى وضعها الطبيعي وإغلاق فتحة الحجاب الحاجز.

وتشير الإحصاءات إلى أنّ أكثر من 90 بالمئة من الذين يخضعون لجراحة نيسين المفتوحة (Nissen fundoplication) يتخلصون من عوارض مرض الارتداد المعدي المريئي لسنة واحدة على الأقل. كما أنّ 60 بالمئة لا يعانون من أية عوارض لبضع سنوات. وتتنطبق نسبة هذا النجاح على الجراحتين التنظيرية والمفتوحة على السواء.

وتقوم جميع العمليات الجراحية الأخرى (والتي تشمل جراحة "توبيت" الجزئية "Toupet Patial" وجراحة "هيل" للصيانة وجراحة بيسلى التي تأخذ شكل علامة IV) على شد مصرة المريء السفلى لزيادة قوتها وقدرتها على منع الارتداد. إلا أنّ هذه الجراحات نادراً ما يتم اللجوء إليها، كما أنّ نجاحها يعتمد غالباً على مهارة الجراح.



وتعتبر مضاعفات الجراحة خفيفة عموماً، وقد تشتمل على صعوبة في البلع وانتفاخ وإسهال وشعور بالامتلاء بعد تناول كمية ولو معتدلة من الطعام (شبع مبكر).

### عمليات جديدة أقل امتداداً

في نيسان من عام 2000، صادقت إدارة الأطعمة والعقاقير على جراحتين لشدّ مصرة المريء السفلى، يمكن أن تصبحا يوماً ما بديلين شائعين للاستعمال الطويل الأمد للدواء. ويستغرق إجراء الجراحتين الجديدتين ساعة أو أقل عموماً، ولا تحتاجان إلى أية شقوق، كما يمكن للمريض أن يعود إلى المنزل في اليوم نفسه. وتتم الجراحتان بواسطة أنبوب طويل من يدخله الطبيب في الفم ويمرره عبر المريء.

**جهاز بارد للخياطة التنظيرية الداخلية.** إنّ هذا الجهاز الذي يثبت على منظار داخلي هو أشبه بماكينه خياطة مصغرة. فهو يضع قطباً في موضعين مختلفين قرب المصرة الضعيفة. بعد ذلك يتم ربط القطب مع بعضها لاحداث حاجز يمنع حمض المعدة من الارتداد إلى المريء. ويوضع الحاجز عند موضع التقاء المريء والمعدة وتحتة.

**جهاز ستريتا.** يستعمل هذا الجهاز طاقة التواتر الإشعاعي لتسخين وإذابة (تختير) الأنسجة الموجودة في الجزء الذي يحتوي على الصمام الضعيف وفي الموضع الفاصل بين المريء وأعلى المعدة. وتهدف العملية كما يبدو إلى احداث نسيج ندبي يساعد على شدّ الصمام.

ولم تكشف الدراسات عن أية آثار جانبية خطيرة للعمليات، إلا أنّ كليهما قد تسببان التهاباً في الحلق أو ألماً خفيفاً في الصدر في اليوم التالي للعملية. أما عن فعاليتها على المدى البعيد، فما من معلومات أكيدة بعد.



غير أنه لا ينصح بإجراء أي من العمليتين في حال إصابة المريض بفتق فوهي أو بمريء باريت. بل هما مخصصتان للأشخاص الذين يعانون من حالات غير معقدة لمرض الارتداد المعدي المريئي ويفضلون الجراحات الضيقة الامتداد على الأدوية.



### القروح وألم المعدة

#### علاماتها وعوارضها

- ألم ناخر في المعدة أو أعلى البطن.
- دم في القيء.
- دم في البراز.
- نقصان غير مبرر في الوزن.
- ألم في أعلى الظهر.

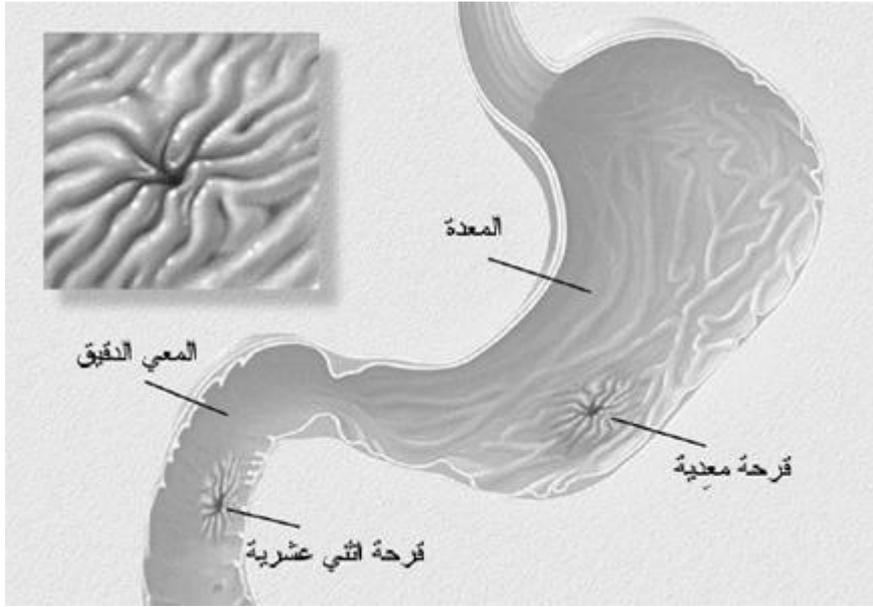
إن فرط التوتر والإكثار من الأطعمة المحتوية على البهارات، قد تكون أسباباً للإصابة بالقرحة. ففي الماضي القريب كان الاعتقاد سائداً بأن القروح تنجم عن نمط الحياة. ولكن، مع التطور الكبير الذي حققه الطب، صار الأطباء يعلمون بأن الإنتان البكتيري أو الأدوية هي المسؤولة عن معظم القروح، وليس التوتر أو النظام الغذائي. وعضواً عن الحاجة إلى شهور أو حتى سنوات لعلاج القرحة، صار بمقدورهم شفاء أغلب الحالات في غضون أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

ولكن تجدر الإشارة إلى أن بعض الأشخاص الذين يعتقدون بأنهم مصابون بالقرحة، لا يعانون منها في الواقع. والحقيقة أنهم يعانون من حالة تدعى عسر الهضم غير التقرحي الذي قد يحاكي في عوارضه عوارض القرحة. وخلافاً للقروح التي يتناقص عددها، يبدو بأن حالات عسر الهضم غير التقرحي في ازدياد مستمر.

#### القرحة



القرحة مصطلح طبي للجرح المفتوح. القرحة على أنواع عدة. منها قرحة الضغط (الناقبة أو قرحة الاضطجاع) التي تصيب أسفل الظهر أو الردفين من جراء التمدد لوقت طويل بالوضع نفسه. وثمة أيضاً قرحة الركود الوريدي التي تصيب الساق أو القدم نتيجة لتباطؤ تدفق الدم. أما أكثر أنواع القرحة شيوعاً، وهو النوع الذي يقرنه الناس عموماً بتعبير "قرحة"، فيتمثل بالقرحة الهضمية. وتتكون القروح الهضمية في البطانة الداخلية للمعدة أو المعى الدقيق. واستناداً إلى الاحصاءات، فإن 5 إلى 10 بالمئة من الأميركيين يصابون بالقرحة في مرحلة معينة من حياتهم.



القرحة الهضمية هي قرحة تصيب بطانة المعدة أو المعى الدقيق. وتدعى القرحة الهضمية التي تطرأ في المعدة قرحة معدية. أما القروح الهضمية التي تصيب المعى الدقيق فغالباً ما تحدث في الاثني عشري وتدعى القروح الاثني عشرية. وثمة نوعان من القروح الهضمية. فالقرحة الهضمية التي تحدث في المعدة تسمى قرحة معدية. أما إن تكونت القرحة في المعى الدقيق فتأخذ اسم الجزء المعوي الذي تكونت فيه. وأبرز قروح المعى الدقيق

هي القرحة الاثني عشرية التي تتكون في الاثني عشري، وهو أول أجزاء المعى الدقيق.

وفي حال عدم تلقي العلاج، من شأن القروح الهضمية أن تسبب نزفاً داخلياً وقد تكون فجوة في بطانة المعدة أو المعى الدقيق، مما يعرض المصاب لإنتان خطير في التجويف البطني (التهاب الصفاق). كما تسبب القروح أحياناً نسيجاً ندبياً بمقدوره أن يمنع مرور الطعام عبر القناة الهضمية مما يسبب نقصان الوزن.

وتسبب القروح الهضمية عوارض عدة أبرزها ألم ناخر في أعلى البطن بين السرة وعظم الصدر (الجنجَن). وقد يدوم هذا الألم الناجم عن مرور حمض المعدة على القرحة لدقائق معدودة أو يتواصل لساعات. وغالباً ما يسوء الألم حين تكون المعدة فارغة، بالتالي فهو يتفاقم ليلاً. وبما أن الطعام يعدّل الحمض، فإن الأكل بانتظام غالباً ما يزيل الألم مؤقتاً. ونظراً لإكثار بعض الناس من الأكل فإن وزنهم يزداد نتيجة لذلك.

وتشتمل علامات الحالة وعوارضها الأخرى على تقيؤ الدم الذي يخرج أحمر فاتحاً أو أسود، وخروج دم ممزوج بالبراز الذي يبدو داكن اللون وشبيهاً بالقطران. ومن شأن القروح أيضاً أن تسبب ألماً في وسط الظهر ونقصاناً في الوزن.

### **البكتيريا، المسؤول الأبرز**

في عام 1983، تم إحراز تقدم جديد في فهم القروح الهضمية وعلاجها. إذ وجد باحثان أستراليان أحياء بكتيرية شبيهة باللولب في عينات مختزعة من أشخاص يعانون من القرحة ومن التهاب متواصل في المعدة.



وتعيش هذه البكتيريا المسماة هليوباكتريا بايلوراي helicobacter pylori (H. pylori) وتتكاثر داخل الطبقة المخاطية التي تغطي وتحمي أنسجة بطانة المعدة والمعى الدقيق. وفي أغلب الأحيان، لا تسبب هذه الأحياء مشاكل تذكر. إلا أنها في بعض الحالات تأكل الأنسجة الهضمية مسببة قرحة. وتشير الإحصاءات إلى أنّ حوالي شخص واحد من بين كل ستة مصابين بهذه البكتيريا يصابون لاحقاً بالقرحة. ويتمثل أحد الأسباب في كون هؤلاء الأشخاص قد أتلفوا مسبقاً بطانة المعدة أو المعى الدقيق، مما سهّل للبكتيريا اكتساح الأنسجة التالفة. ويرتفع احتمال إيواء الجسد لهذه البكتيريا مع التقدم في السن. وتقدر نسبة الإصابة بها في الولايات المتحدة بواحد بالمئة مع كل سنة من العمر. مما يعني بأن 20 بالمئة من الأميركيين يلتقطون العدوى في العشرينيات من عمرهم وأنّ 60 بالمئة يصابون بها في الستينيات. وبالرغم من عدم وضوح كيفية انتشارها، لكن يبدو بأن انتقالها من شخص إلى آخر يتم بالاحتكاك المباشر. كما يعتقد بأنّ سوء الممارسات الغذائية والصحية تشكل ظروفاً ملائمة لانتقال البكتيريا. وبما أنّ العلماء قد وجدوا بكتيريا H. pylori في الماء، فقد رجحوا أن يتم الانتقال أيضاً عبر مياه الشرب الملوثة. وتشتمل عوامل الخطر على:

- الولادة في بلد نامٍ.
- انخفاض مستوى الحياة الاجتماعي والاقتصادي.
- العيش ضمن عائلة كبيرة أو في ظروف مزدحمة.
- وجود طفل في المنزل.
- التعرض لقيء شخص مصاب.



ولحسن الحظ يبدو بأن معدل الإصابات الجديدة ببكتيريا هليوباكتري بايلوراي H. pylori ينخفض في الولايات المتحدة. فالمتقدمون في السن الذين كان نموهم في فترة العشرينيات إلى الأربعينيات من القرن العشرين كانوا أكثر عرضة لالتقاط البكتيريا من أطفال اليوم. وتتمثل العوامل الأساسية التي أدت إلى انخفاض إصابات بكتيريا هليوباكتري بايلوراي H. pylori في تحسن الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية وفي الانتشار الواسع لاستعمال المضادات الحيوية لدى الأطفال. فعلاج بعض الحالات، كإنتان الأذن وغيرها من أمراض الأطفال الشائعة بالمضادات الحيوية قد أدى دوراً مزدوجاً عبر منع الإصابة ببكتيريا هليوباكتري بايلوراي H. pylori أو علاجها باكراً في مرحلة الطفولة.

### الأسباب الأخرى للقرحة الهضمية

تشكل بكتيريا هليوباكتري بايلوراي H. pylori السبب الأبرز وليس الأوحده للقروح الهضمية. وتعتبر مسؤولة عن 50 بالمئة أو أكثر من القروح الهضمية في الولايات المتحدة الأمريكية. ففي بعض المجتمعات، كالمدن الداخلية المزدهمة التي تتميز بظروف اجتماعية واقتصادية سيئة، يفوق معدل الإصابة بهذه البكتيريا ما هو عليه في أجزاء أخرى من البلاد.

وإضافةً إلى بكتيريا هليوباكتري بايلوراي H. pylori، ثمة أسباب أخرى للقروح الهضمية منها:

### الاستعمال المنتظم لمسكنات الألم

من شأن العقاقير المضادة للالتهاب والخالية من الستيروبيد أن تؤدي إلى التهاب بطانة المعدة والمعى الدقيق. وتتوافر هذه الأدوية



بالنوعين الموصوف وغير الموصوف. وتشتمل الأنواع غير الموصوفة على الأسبيرين (Bayer, Bufferin)، إيبوروفين (Advil, Motrin)، نابروكسين (Aleve) وكييتوبروفين (Orudis). وتجنباً لأي انزعاج هضمي، يستحسن تناول العقاقير المضادة للالتهاب والخالية من الستيروبيد أثناء الوجبات.

وتشير الإحصاءات إلى أنّ حوالي 20 بالمئة ممن يتعاطون العقاقير المضادة للالتهاب والخالية من الستيروبيد بانتظام يصابون لاحقاً بالقروح. ذلك أنّ هذه العقاقير تحفز إفراز أنزيم (cyclooxygenase) الذي ينتج حمضاً دهنيّاً هو البروستاغلندين. وتساعد هذه المواد الشبيهة بالهرمونات على حماية بطانة المعدة من الجروح الكيميائية والفيزيائية. ومن دون هذه الحماية تتآكل بطانة المعدة بفعل الحمض مما يؤدي إلى حدوث نزف وظهور القروح. ومن غير المؤكد، مع أنه يبدو ممكناً بأن الاستعمال المنتظم للعقاقير المضادة للالتهاب والخالية من الستيروبيد قد يزيد خطر القروح لدى الأشخاص الذين يحملون بكتيريا هليوباكتري بايلوراي H. pylori.

### التدخين

يزيد النيكوتين الموجود في التبغ حجم حمض المعدة ونسبة تركزه، مما يضاعف خطر القروح. وقد يبطئ التدخين شفاء القرحة أثناء العلاج.

### الكحول

قد تعرّض الكحول بطانة المعدة والامعاء للتهيج والتآكل مما يؤدي إلى التهابها ونزفها



## تشخيص القرحة

يتم اكتشاف القرحة عادةً بإحدى هاتين الطريقتين. فقد يبدأ الطبيب بإجراء صورة أشعة لأعلى المعدة والأمعاء لإظهار المعدة والاثني عشري. وقبل البدء بالصورة، يبتلع المريض سائلاً معدنياً أبيض اللون يدعى الباريوم، يعمل على تغليف القناة الهضمية ويسهل رؤية القرحة. غير أنه بإمكان هذا الاختبار أن يكشف عن بعض القروح وليس جميعها.

وهنا يأتي التنظير الداخلي الذي قد يتبع صورة الأشعة إن بينت هذه الأخيرة احتمال وجود قرحة، أو يحل محلها. وفي هذه العملية الأكثر دقة، يتم إدخال أنبوب ضيق وطويل مجهز بكاميرا في الحلق ويمرر إلى المعدة والاثني عشري. ومع هذا الجهاز، يصبح بمقدور الطبيب رؤية الجزء الأعلى من القناة الهضمية واكتشاف القروح. وفي حال وجود قرحة، قد يعمد الطبيب إلى اختراع عينات دقيقة من الأنسجة القريبة من القرحة، يتم فحصها مجهرياً لاستبعاد سرطان المعدة. وتكشف الخزعة أيضاً وجود بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori في بطانة المعدة. ونظراً لندرة الإصابة بسرطان الاثني عشري، نادراً ما يضطر الطبيب إلى اختراع عينات من القرحة الاثني عشرية. لمزيد من المعلومات عن التنظير الداخلي وصورة الأشعة لأعلى المعدة والأمعاء، أنظر الفصل 4.

إضافة إلى الاختراع، ثمة ثلاثة اختبارات أخرى من شأنها أن تحدد ما إذا كانت بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori هي المسؤولة عن القرحة:



**تحليل الدم.** يتحقق هذا الاختبار من وجود الأجسام المضادة لبكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori. ولكن يؤخذ عليه أنه لا يفرق بين الإصابة السابقة والحالية بالبكتيريا. فحتى بعد زوال البكتيريا من الجسم، قد يستمر الاختبار بإعطاء نتيجة إيجابية.

**اختبار النفس.** يستعمل هذا الاختبار ذرة الكربون المشع لكشف بكتيريا H. pylori. فيقوم المريض أولاً بالنفخ في كيس بلاستيكي صغير، يُختم لاحقاً. ثم يشرب بعد ذلك كوباً صغيراً يحتوي على سائل بلا طعم أو لون، يحتوي على كربون مشع يشكل جزءاً من مادة (يوديا) ستحللها البكتيريا في حال وجودها. وبعد ثلاثين دقيقة، ينفخ المريض من جديد في كيس آخر يُختم هو أيضاً. فإن كان مصاباً ببكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori، ستحتوي عينة النفس الثانية على كربون على شكل ثاني أكسيد الكربون. ويستغرق ظهور نتائج الاختبار يوماً كاملاً تقريباً.

وفي حال كنت تتعاطى عقاراً يدعى مثبط ضخ البروتون، من الضروري أن توقف الدواء لثلاثة أيام على الأقل قبل إجراء اختبار النفس لأنه قد يتداخل مع نتائج الاختبار.

والواقع أنّ اختبار النفس يكشف وجود بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori في 90 بالمئة من الحالات تقريباً. وينجح تحليل الدم بنفس النسبة أيضاً. ولكن اختبار النفس يتميز بقدرته على إظهار فعالية العلاج الموصوف للقضاء على البكتيريا، لأنه يكشف على الفور تقريباً وقت موتها. ولكن في تحليل الدم، تبقى الأجسام المضادة للبكتيريا موجودة لسنة أو أكثر بعد زوال الإصابة.



اختبار مستضد البراز. يتحقق هذا الاختبار الأحدث من وجود بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori في عينات من البراز. وهو فعال في تشخيص الإصابة بالبكتيريا وأحياناً في إظهار فعالية العلاج.

### مزيج من الأدوية

لا يمكن للمريض علاج الحرقة بنفسه من دون مساعدة الطبيب. فمضادات الحمض وأدوية حصر الحمض غير الموصوفة بإمكانها تخفيف الألم الناخر ولكن لمدة محدودة.

أما بمشورة الطبيب، فيمكن الحصول على مسكن فوري للألم إضافةً إلى الشفاء من القرحة مدى الحياة. وبما أنّ معظم حالات القرحة تنشأ عن بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori، يعتمد الأطباء مقاربتين:

- قتل البكتيريا.
  - خفض معدل الحمض في الجهاز الهضمي لتخفيف الألم والمساعدة على الشفاء.
- ولإتمام هاتين الخطوتين، يتوجب استعمال اثنين، وأحياناً ثلاثة أو أربعة، من الأدوية التالية:

### المضادات الحيوية

ثمة عدة تركيبات من المضادات الحيوية التي تقضي على بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori. وغالبية هذه الأدوية متساوية الفعالية وتقتل البكتيريا في 90 بالمئة من الحالات تقريباً. ولكن لنجاح العلاج، من الأهمية بمكان اتباع تعليمات الطبيب بدقة. وتشتمل المضادات الحيوية التي يشيع استعمالها لعلاج بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori على أموكسيسيلين (Amoxil, Wymox)، كلاريثرومايسين



(Biaxin)، ميترونيدازول (Flagyl) أو تيتراسيكلين (Achromycin). وتعتمد بعض شركات الأدوية إلى تعليب مزيج مضادين حيويين معاً، مع كابح لإفراز الحمض أو عامل حامٍ للخلايا خصيصاً لعلاج الإصابة بالبكتيريا. وتباع هذه التركيبات تحت اسمي Prevpac و Helidac.

ويحتاج المريض لأخذ مضادات حيوية لأسبوع أو اثنين فقط، اعتماداً على نوع المضادات الحيوية التي يصفها الطبيب وعددها. أما باقي الأدوية التي توصف مع المضادات الحيوية فتؤخذ إجمالاً لمدة أطول.

#### أدوية حصر الحمض

وتدعى أيضاً أدوية حصر الهستامين (H-2)، وهي تعمل على خفض إفراز حمض الهيدروكلوريك في القناة الهضمية لتخفيف ألم القرحة وتسريع الشفاء. ففي الحالات الطبيعية، لا يؤدي هذا الحمض المعدة والاثني عشر. أما عند وجود خلل في الطبقة المخاطية التي تغلف القناة الهضمية، يتسلل الحمض في الخلل منتجاً قرحة. ومن العوامل الأخرى المساعدة على نشوء القرحة، تعاطي النيكوتين والعقاقير المضادة للالتهاب الخالية من الستيروبيد والكحول التي تزيد خطر تحول الخلل إلى قرحة.

وتعمل أدوية حصر الحمض على الحؤول دون وصول الهستامين إلى مستقبلات الهستامين. فالهستامين هو عبارة عن مادة موجودة عادة في الجسم. وعند تفاعلها مع مستقبلات الهستامين، ترسل المستقبلات إشارة إلى خلايا إفراز الحمض في المعدة لكي تفرز حمض الهيدروكلوريك.



وتشتمل أدوية حصر الحمض، المتوفرة بأنواع موصوفة وغير موصوفة، على عقاقير رانيتيدين (Zantac)، فاموتيدين (Pepcid)، نيزاتيدين (Axid) وسيميتيدين (Tagamet). ولعلاج القروح، تعتبر أدوية حصر الحمض الموصوفة أكثر فاعلية لأنها تفوق الأدوية غير الموصوفة قوة.

### مضادات الحمض

قد يعمد الطبيب إلى تضمين برنامج الأدوية الخاص بالمريض مضاداً حموضاً يؤخذ بالإضافة إلى دواء حصر الحمض أو عوضاً عنه. وتعمل مضادات الحموضة، بدلاً من خفض إفراز الحمض، على إبطال مفعول الحمض الموجود في المعدة كما يشكل مسكناً سريعاً للألم.

### مثبطات ضخ البروتون

ومن الوسائل الأكثر فاعلية لخفض معدل حمض المعدة هي بإيقاف "المضخات" الموجودة داخل الخلايا المفرزة للحمض. وتعمل مثبطات ضخ البروتون على تخفيض مستوى الحمض بحصر عمل هذه المضخات الدقيقة. وهي تتضمن الأدوية الموصوفة التالي: أوميبرازول (Prilosec)، لانسوبرازول (Prevacid)، ورايبيرازول (Aciphex). وثمة عقار آخر هو بانتوبروزول (Protonix)، يمكن تناوله بالفم أو يؤخذ عبر الأوردة ويوصف في المستشفيات. وعلى ما يبدو فإنّ هذه المثبطات تثبط أيضاً بكتيريا هليوباكتريا بايلوراي H. pylori. إلا أنّ كلفة هذه العقاقير تعادل ضعف كلفة أدوية حصر الحمض. ومن آثارها الجانبية غير المألوفة، ألم في المعدة وإسهال وصداع.



## القروح التي يتعدّر شفاؤها

يشفى 90 بالمئة تقريباً من حالات القرحة الهضمية في غضون شهر إلى ثلاثة أشهر. وتدعى القروح التي لا تشفى قروحاً عاصية. وثمة أسباب عديدة للإخفاق في شفاء القرحة. فعدم الالتزام بتعليمات الطبيب في العلاج هو أحد الأسباب. ومن الأسباب الأخرى أنّ بعض أنواع بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori مقاومة للمضادات الحيوية. هذا بالإضافة إلى عوامل أخرى قد تتداخل مع عملية الشفاء بما في ذلك التعاطي المنتظم للتبغ أو الكحول أو العقاقير المضادة للالتهاب الخالية من الستيروبيد. وفي بعض الأحيان تكون المشكلة عرضية، إذ يجهل بعض المرضى أنّ الدواء الذي يتناولونه يحتوي على عقار مضاد للالتهاب خالي من الستيروبيد.

وفي حالات نادرة، تنجم القروح العاصية عن فرط إفراز حمض المعدة أو عن إصابة بغير بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori أو عن أمراض هضمية أخرى، بما فيها مرض كرون أو السرطان.

ويشتمل علاج القروح العاصية عموماً على القضاء على العوامل التي قد تعيق عملية الشفاء، بالإضافة إلى جرعات أقوى من أدوية القرحة. ويمكن أحياناً وصف أدوية إضافية. ولا يتم اللجوء إلى الجراحة إلا عندما تمتنع القرحة عن الاستجابة للعلاج الطبي القوي.



## عوامل حماية الخلايا

هي أدوية مخصصة للمساعدة على حماية الأنسجة التي تبطن المعدة والمعى الدقيق. وهي تتضمن الأدوية الموصوفة التالية، سوكرالفات (Carafate) وميزوبروستول (Cytotec). غير أن لهذه الأدوية بعض الآثار الجانبية. فمن شأن السوكرالفات أن يسبب الإمساك، أما الميزوبروستول فقد يسبب إسهالاً ونزفاً في الرحم. ويجب ألا يوصف الميزوبروستول للحوامل لأنه قد يؤدي إلى الإجهاض. وثمة عامل حماية آخر هو بزموث سابساليسيلات (Pepto - Bismol). فبالإضافة إلى حماية بطانة المعدة والأمعاء، يبدو بأن مركبات البزموث تثبط نشاط بكتيريا هليوباكتريا بايلوراي H. pylori.

## دور المريض

قبل اكتشاف بكتيريا هليوباكتريا بايلوراي H. pylori، كان مرضى القرحة يخضعون لنظام غذائي قاسٍ ويؤمرون بتجنب التوتر في حياتهم. واليوم مع استبعاد الطعام والتوتر كأسباب للقرح الهضمية، لم تعد هذه القوانين سارية. مع ذلك، ما زال يُنصح أثناء علاج القرحة بالحمية عن بعض الأطعمة وتجنب التوتر. فمن شأن الأطعمة الحمضية أو الحارة أن تضاعف ألم القرحة. وهو أمر ينطبق أيضاً على التوتر الذي يبطئ العملية الهضمية، متيحاً للطعام ولحمض المعدة بالبقاء في المعدة والأمعاء لفترة أطول.

وقد ينصح الطبيب أيضاً باتخاذ الخطوات التالية:

- الامتناع عن التدخين.
- تجنب الكحول.



● لتخفيف الألم، تناول أسيتامينوفين (Tylenol) عوضاً عن العقاقير المضادة للالتهاب الخالية من الستيروبيد.

وفي حال عدم فعالية الأسيتامينوفين، تناقش مع الطبيب حول أنواع أحدث من مسكّنات الألم الموصفة، وتدعى مثبطات COX-2. فهذه الأدوية مصممة لتسكين ألم المفاصل والعضلات من دون أن تسبب كغيرها مشاكل في المعدة والأمعاء.

### عسر الهضم غير التقرحي

في بعض الأحيان، يقصد الناس الطبيب اعتقاداً منهم بأنهم مصابون بالقرحة، ولكنهم لا يعانون منها في الواقع. فبالرغم من الألم الناخر في أعلى البطن، لا تظهر اختبارات التشخيص وجود قرحة أو مشكلة هضمية أخرى، وتأتي نتائج جميع الاختبارات طبيعية. والحقيقة أنّ كثيراً من هؤلاء يعانون من عسر الهضم غير التقرحي.

وتطراً هذه الحالة من دون سبب واضح. ومن أبرز عوارضها الألم أو الانزعاج في أعلى البطن. وعلى غرار القرحة، غالباً ما يزول الألم بعد تناول الطعام أو مضادات الحموضة. أما العوارض الأخرى للحالة فتشتمل على غازات أو انتفاخ أو غثيان أو شعور بالامتلاء بعد تناول كمية معتدلة من الطعام.

### نظريات عديدة في أسباب الحالة

لا يزال سبب عسر الهضم غير التقرحي مجهولاً على نطاق واسع. فمن الممكن أن ينشأ الألم عن "تهيج" في بطانة المعدة. وللباحثين نظريات أخرى أيضاً.

وجود بكتيريا هليوباكتر بايلوري *H. pylori*. قد تمثل العوارض حالة مبكرة من الإصابة بهذه البكتيريا بالرغم من عدم وجود قرحة.

**استجابة للعقاقير والملحقات.** من المعروف أنّ بعض مسكنات الألم مثل الأسبيرين وغيرها من العقاقير المضادة للالتهاب الخالية من الستيروبيد تسبب قروحاً والتهاباً في المعدة. ومن المحتمل أيضاً أن تؤدي هذه الأدوية إلى تهيج الجهاز الهضمي من دون إيذاء المعدة أو الأمعاء. وهذا ما ينطبق أيضاً على عقاقير وملحقات أخرى، بما فيها المضادات الحيوية والستيروبيدات والمعادن والأعشاب.

**فرط إفراز حمض المعدة.** من شأن الخلايا المفرزة للحمض في المعدة أن تفرز منه كميات تفوق المعدل الطبيعي. وهذا ما قد يؤدي إلى تهيج الأنسجة الهضمية.

**اضطراب في المعدة.** قد يحدث خلل في عمل المعدة أو تفرغها الطبيعيين لأسباب غير معروفة. وهي حالة غالباً ما تعقب الإصابات الفيروسية.

**الحساسية تجاه الحمض.** قد تكون الأنسجة الهضمية في المعدة والاثني عشري مفرطة الحساسية تجاه مستويات الحمض الطبيعية، فتتهيج بسهولة.

**الحساسية تجاه الأطعمة.** في بعض الحالات، تكون المعدة والأمعاء مفرطة الحساسية تجاه بعض الأطعمة أو مكوناتها. وتشتمل هذه الأطعمة غالباً وليس دوماً، على بعض البهارات والفاكهة الحمضية والخضروات التي تحتوي على مستوى معتدل إلى مرتفع من الحمض. كما يلاحظ البعض بأن القهوة تزيد العوارض سوءاً.

**الاستجابة المفرطة للحوافز الطبيعية.** قد تعاني الإشارات العصبية بين المعدة والدماغ من خلل يجعلها تبدي استجابة مبالغة للتغيرات الطبيعية التي تحدث أثناء الهضم، كتمدد المعدة مع امتلائها بالطعام.

التوتر. يشكل الألم أحياناً طريقة الجسد في الاستجابة للتوتر. الاضطراب النفسي. من شأن الاكتئاب أو القلق أو بعض العوامل الأخرى التي تؤثر على الصحة النفسية أن تؤدي دوراً في عسر الهضم غير التقرحي.

### التغييرات المعيشية، خطوة أولى نحو العلاج

تعتبر عوارض عسر الهضم غير التقرحي خفيفة عادة، وغالباً ما يتم علاج الحالة بتفحص العادات اليومية وتغييرها. ويستوجب ذلك تجنب الأطعمة التي يبدو بأنها تسبب تفاقم العوارض والتحكم بالتوتر وتغيير الأدوية والملحقات اليومية أو الحد منها. ويرى البعض بأن تناول وجبات صغيرة ولكن أكثر عدداً والتخفيف من استهلاك الدهون يساهم في تحسن الحالة.

أما في حال عدم نجاح هذه التدابير، قد يصف الطبيب علاجاً بالأدوية. وهو يصف هنا كثيراً من الأدوية المستعملة لعلاج القرحة، وحتى المضادات الحيوية أحياناً. والجدير بالذكر أنّ حوالي نصف المصابين بعسر الهضم غير التقرحي يحملون بكتيريا هليوباكتر بايلوراي H. pylori. وهم غير مصابين بالقرحة، بالرغم من وجود البكتيريا التي تسببها أحياناً. بيد أنّ القضاء على البكتيريا قد لا يزيل العوارض.

وتشتمل وسائل العلاج الأخرى على:

مسكنات الألم. من شأن الأدوية التي توقف الألم أو الشعور به، بما فيها مضادات الاكتئاب، أن تساعد على إبطال تحسس الأعصاب الهضمية. وغالباً ما تتجح مضادات الاكتئاب مع مرض تهيج الأمعاء، وهي حالة يظن الباحثون بأنها قد تقترن بعسر الهضم غير التقرحي.



مع ذلك، لا تزال الدراسات ضرورية لإثبات فاعلية العلاج بمضادات الاكتئاب.

**مضادات التشنج.** وتتضمن الدواءين الموصوفين ديسيكلومين (Bentyl) وإيوسيامين (Levsin). وهما فعالين غالباً في إيقاف التشنجات العضلية في القناة الهضمية، ولكنهما غير واعدين كثيراً في علاج عسر الهضم غير التقرّحي.

**العلاج السلوكي.** إن ظنّ الطبيب بأنّ الحالة ناجمة عن التوتر أو عن اضطراب نفسي، قد يوصي المريض برؤية طبيب أو عالم نفسي أو مستشار تمرّيز. إذ بمقدور هؤلاء المختصين أن يساعدونه على إيجاد طرق للسيطرة على التوتر أو التعامل مع قضايا حياتية أخرى قد يكون لها دور في إحداث العوارض.



### مرض تهيج الأمعاء

#### علاماته وعوارضه

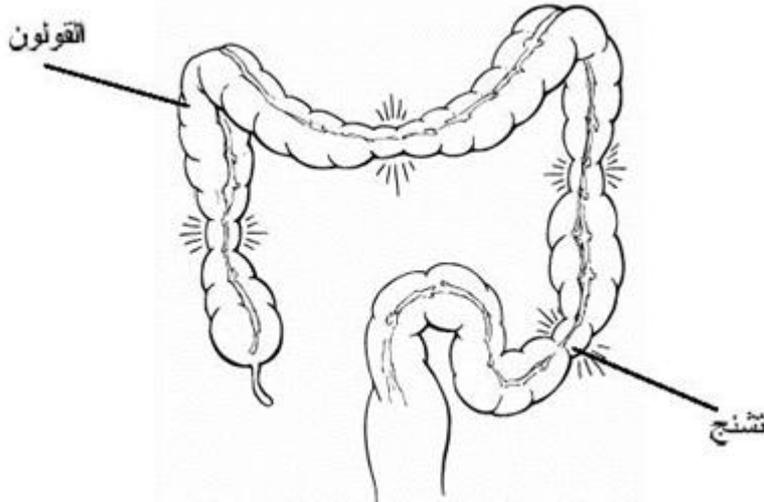
- ألم أو انزعاج في البطن.
- انتفاخ أو غازات.
- إسهال
- إمساك
- مخاط في البراز.

قد تكون في عشاء مع بعض الأصدقاء، وبعد الانتهاء من وجبة شهية، تبدأ القرقرات المألوفة في معدتك. فتستأذن وتهرع إلى المنزل، حيث تمضي الساعة التالية وأنت تعاني من التشنجات والإسهال. وأحياناً أخرى، تجد نفسك مصاباً بإمساك مزعج. وفي الحالتين، يكون التأثير سلبياً على حياتك في المنزل وفي العمل.

إنّ مرض تهيج الأمعاء هو حالة شائعة تصيب 10 إلى 15 شخصاً من بين كل 100 راشد في الولايات المتحدة، وخاصة النساء. وهو من الأسباب المسؤولة عن إضاعة وقت العمل والدراسة.

وغالباً ما يدعى مرض تهيج الأمعاء بالقولون التشنجي، لأن تشنج الجدران المعوية هو المسؤول الأول عن العوارض. فجدران الأمعاء مبطنة بطبقات عضلية تتقلص وتسترخي، للمساعدة على تحريك الطعام من المعدة إلى الأمعاء قبل أن يبلغ المستقيم. وفي الحالات الطبيعية، تتقلص العضلات وتسترخي بوتيرة طبيعية. أما عند الإصابة بمرض تهيج الأمعاء، فيطراً خلل على عملها. فتتقلص لوقت أطول، وبقوة أكبر من العادة، مسببة الألم. وهكذا يُدفع الطعام عبر الأمعاء

بصورة أسرع، مسبباً الغازات والانتفاخ والإسهال. وفي بعض الأحيان يحدث العكس. إذ يتباطأ مرور بقية الطعام، مؤدياً إلى براز صلب وجاف. إضافة إلى ذلك، فإن تشنجات الأمعاء تدفع هذه الأخيرة إلى زيادة إفراز المخاط مع البراز.



تمثل الأماكن المتضيقة تشنجات مؤلمة قد تطرأ على المعى الغليظ (القولون). وتقترن هذه التشنجات بمرض تهيج الأمعاء، وهي قد تطرأ في موضع أو أكثر. وبالرغم من أنّ مرض تهيج الأمعاء لا يهدد حياة المصاب، إلا أنه قد يتداخل مع نوعية الحياة. ففي الحالات الطفيفة، لا يسبب المرض سوى إزعاج محدود. أما عندما تبلغ الحالة أقصى حدتها، فمن شأن الألم والعارضات المصاحبة له أن تفوق احتمال المريض. والملاحظ أنّ معظم الأشخاص يعانون من عوارض طفيفة. بينما يواجه البعض عوارض معتدلة الحدة، متقطعة ولكنها قد تعوّق المريض. وثمة قلة من المصابين بهذا المرض يعانون من عوارض حادة.

### خلل وظيفي

غالباً ما يشار إلى مرض تهيج الأمعاء على أنه خلل وظيفي، مما يعني بأن الأمعاء تبدو طبيعية ولكنها تعمل بشكل غير طبيعي. والواقع أنه ما من أحد يملك معلومات مؤكدة عن سبب هذا المرض.



ويعتقد بعض الباحثين بأن الحالة مرتبطة بأعصاب موجودة في الأمعاء مسؤولة عن التحكم بالإحساس. ولدى البعض، تكون هذه الأعصاب أكثر حساسية من المعتاد، مسببة استجابة جسدية قوية تجاه بعض الأطعمة أو النشاط الجسدي أو وجود الهواء أو الغازات في الأمعاء. فما لا يسبب أي إزعاج لمعظم الناس، كبعض الغازات مثلاً، قد يؤدي إلى الألم والانتفاخ لدى المصاب.

ويشعر الباحثون أيضاً بأن التوتر وغيره من العوامل النفسية تساهم في تفاقم مرض تهيج الأمعاء. كما يلاحظ كثير من الأشخاص بأن عوارضهم تزداد حدة أثناء الحوادث المسببة للتوتر والإجهاد، كتغيير روتينهم اليومي أو مواجهة مشاكل عائلية أو التواجد مع حشود اجتماعية. والواقع أنه لسنوات عديدة، عزی الأطباء مرض تهيج الأمعاء إلى التوتر وحده. ولكن الأطباء يظنون بأنّ للمرض أساساً وظيفياً (طبيعياً) وانفعالياً (نفسانياً).

وبما أنّ النساء هم أكثر عرضة من الرجال مرتين أو ثلاث للإصابة بالمرض، يعتقد الباحثون بأنّ التغيرات الهرمونية قد تؤدي دوراً في ذلك. وقد ينجم مرض تهيج الأمعاء عن مرض آخر. فأول ما يعاني البعض من هذا المرض بعد نوبة حادة من الإسهال. غير أنّ مرض تهيج الأمعاء غير مرتبط بأمراض الأمعاء الالتهابية كمرض كرون أو التهاب القولون التقرحي. كما أنّ المرض لا يسبب السرطان ولا يجعل المصاب أكثر عرضة للإصابة به.

### استبعاد الحالات الأخرى

ما من اختبار يمكنه أن يخبرك إن كنت تعاني من مرض تهيج الأمعاء. وعادة، يتم تشخيص هذا الاضطراب بعد استبعاد حالات



أخرى يمكنها أن تسبب عوارض مشابهة. وتشتمل الاختبارات المطلوبة لاستثناء هذه الحالات على فحوص دم وبراز وبول بالإضافة إلى صور أشعة وتنظير داخلي ودراسات انتقالية (أنظر الفصل 4).  
ومن شأن الطبيب أن يستعلم أيضاً عن الصحة النفسية للمريض، هل يعاني من التوتر، وكيف يتعامل معه، وهل يشعر غالباً بالاكتئاب أو الانفعال؟

وقبل تشخيص مرض تهيج الأمعاء، يتوجب وجود علامات وعوارض معينة. وأهمها هي ألم بطن أو إسهال أو إمساك متواصل لمدة ثلاثة أشهر. وثمة معايير إضافية لتشخيص المرض تشتمل على اثنين على الأقل من العوارض التالية، وذلك في 25 بالمئة من الحالات على الأقل:

- التبرز لمرات أكثر أو أقل من المعتاد.
- تعاقب البراز الصلب واللين.
- الضغط لإخراج البراز.
- خروج مادة مخاطية مع البراز.
- شعور بالانتفاخ.

### تخفيف العوارض بالحمية والرياضة

نظراً لعدم وجود علاج لمرض تهيج الأمعاء، يتم التركيز أثناء العلاج على إيقاف العوارض التي تعيق تادية الأعمال اليومية والتمتع بحياة طبيعية. وغالباً ما ينقسم العلاج إلى جزأين:

- التعرف على العوامل التي تحفز ظهور العوارض.
- وضع خطط لتخفيف حدة هذه العوارض.



والواقع أنّ اتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة بانتظام يمثلان نقطة انطلاق جيدة. فهما يسهلان على الجهاز الهضمي تأدية وظائفه ويخففان بالتالي من حدة العوارض. ولكن على المريض أن يتذكر بأن الجسم قد لا يستجيب فوراً للتغييرات التي تطرأ على العادات اليومية. و عوضاً عن ذلك، عليه البحث عن علامات تحسن تدريجي. فالهدف هو التوصل إلى الحل الطويل الأمد لا المؤقت.

### تناول أطعمة خفيفة الدهون

تحفز الدهون تقلصات المعى الغليظ (القولون)، مضاعفةً عوارض مرض تهيج الأمعاء. وليس من الضروري التوقف نهائياً عن تناول الدهون، بل تحديد كمية استهلاكها إن كانت تؤدي إلى تفاقم الألم والإسهال. وأفضل طريقة لتقليل معدل الدهون في الغذاء هي في زيادة استهلاك الأطعمة النباتية. فالأطعمة النباتية، من فاكهة وخضروات ومأكولات محضرة من الحبوب الكاملة، تحتوي على فيتامينات ومعادن ومركبات تمنع الإصابة بالسرطان (كيميائيات نباتية) وألياف.

### جرب الألياف

بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بمرض تهيج الأمعاء، يمكن للألياف الغذائية أن تكون مفيدة أو مضرّة. فالأطعمة الغنية بالألياف تلين البراز وتسرع مروره عبر القناة الهضمية مما يخفف الإمساك. ولكن لدى البعض، تؤدي الألياف إلى تفاقم الإسهال والغازات والألم. وقد يعود ذلك إلى كون بعض المصابين هم أكثر تحسناً للغازات التي تتكون في القولون نتيجة لتخمر الألياف.

أهو مرض تهيج الأمعاء أم اللاكتوز أم السوربيتول؟



إن كانت حالات التقلص والانتفاخ تطراً في الأساس بعد تناول مشتقات ألبان أو علكة أو سكاكر خالية من السكر، فقد تكون المشكلة غير ناجمة عن مرض تهيج الأمعاء بل عن حالة أخرى.

فالأشخاص العاجزين عن تحمل اللاكتوز يعانون من صعوبة هضم السكر (اللاكتوز) الموجود في مشتقات الألبان لأن أجسادهم لا تنتج ما يكفي من أنزيم اللاكتاز. واللاكتاز هو الذي يحلل اللاكتوز بحيث يتمكن المعى الدقيق من امتصاصه. أما في حال عدم امتصاص اللاكتوز فهو يسبب تشنجات وإسهالاً.

ومن شأن السوربيتول، المُحلي الاصطناعي الموجود في بعض أنواع العلكة والسكاكر أن يسبب عوارض مشابهة لتلك التي يسببها مرض تهيج الأمعاء. بالتالي إن كان الألم يظهر بعد تناول علكة أو سكاكر خالية من السكر، قد تكون المشكلة ناجمة ببساطة عن عدم تحمل السوربيتول.

ويتمثل الحل الأمثل بزيادة كمية الألياف في النظام الغذائي تدريجياً على فترة أسابيع. وإن تواصل الألم والإسهال، تحدث مع خبير التغذية حول وضع نظام غذائي منخفض الدهون ويحتوي أيضاً على كميات منخفضة من الألياف الغذائية.

لمزيد من المعلومات عن أنواع وكميات الأطعمة التي يجب تناولها بانتظام للحفاظ على صحة جيدة، بما في ذلك تلك الغنية بالألياف، أنظر الفصل 2.



## أكثر من السوائل

من شأن الألياف أن تساعد على التخلص من الإمساك وعلى التعويض عن سوائل الجسم التي تمتصها الألياف. اشرب يومياً 8 أكواب على الأقل من السوائل. ويستحسن اختيار الماء. فالمشروبات المحتوية على الكافيين والكحول تساهم في إدرار البول. أضف إلى أنها تسبب تفاقم الإسهال عبر تثبيته الأمعاء أو تهيجها. وتجنب أيضاً المشروبات المحتوية على الكربونات لأنها تسبب الغازات.

## تجنب الأطعمة الضارة

إن وجدت بأن بعض الأطعمة تزيد عوارضك سوءاً، ابتعد عنها. فكثير من المصابين بمرض تهيج الأمعاء يلاحظون تحسناً في العوارض بعد استبعاد مأكولات أو مشروبات معينة عن غذائهم. ومن أبرز هذه الأطعمة، المأكولات الدهنية والفاصوليا وغيرها من الأطعمة المسببة للغازات، والكحول والكافيين.

## تناول وجباتك بانتظام

تجنب تفويت إحدى الوجبات وحاول أن تأكل في نفس الوقت تقريباً من كل يوم. فتناول الطعام وفقاً لمواعيد منتظمة يساعد على تنظيم وظيفة الأمعاء ويخفف عوارض الإمساك والإسهال. ذلك أن الهضم ينبه عضلات القولون لتتقلص وتحرك البراز.

ويجد البعض بأن تناول وجبات أصغر حجماً وأكثر عدداً يناسبهم أكثر من اعتماد ثلاث وجبات كبيرة يومياً. أما البعض الآخر وخاصة الذين يعانون من الإمساك فالعكس هو الصحيح. إذ يحتاجون لتناول وجبات معتدلة إلى كبيرة الحجم لتحفيز الأمعاء على التقلص وتمرير البراز.

## مارس الرياضة يومياً



تساعد التمارين الرياضية على خفض الشعور بالتوتر. كما أنها تحفز الأمعاء على التخلص بانتظام وتساعد على العمل بصورة طبيعية. ويمكن للرياضة أن تزيل الإمساك وتخفف عوارض الإسهال. أضف إلى أنها تساعد على التخلص من الاكتئاب وتشعرك بأنك أفضل حالاً.

إسع بالتالي إلى ممارسة تمارين معتدلة لمدة ثلاثين دقيقة معظم أيام الأسبوع. وفي حال كنت غير معتاد على الحركة، ابدأ ببطء وضاعف تدريجياً مدة التمارين. ولمزيد من المعلومات عن أنواع التمارين الأنسب، أنظر الفصل 2.

#### ملاحظات هامة أخرى

من شأن الخطوات التالية أن تساعد أيضاً على تخفيف بعض العوارض:

- تمدد في الماء الدافئ أو استلقِ وضع قنينة من الماء الساخن أو حشية تسخين على بطنك لتخفيف ألم البطن. ولكن احذر من إحراق بشرتك.
- ارتدِ ملابس مريحة وفضفاضة لا تضغط على البطن.
- ادخل الحمام فور الشعور بالحاجة إلى التبرز، ولكن لا تستعجل نفسك. بل أعطِ نفسك الوقت الكافي لإخراج البراز من دون ضغط.

#### كيف تتخلص من التوتر

يمكن لأيِّ كان أن يصاب بانزعاج هضمي نتيجة للقلق أو التوتر أو الإجهاد النفسي. ولكن العوارض الناجمة عن التوتر، كألم البطن والإسهال، تصبح أكثر تواتراً وحدةً لدى المصابين بمرض تهيج الأمعاء. فيدور المريض في حلقة مفرغة. ذلك أن العوارض تزيد التوتر



الذي يسبب تفاقم العوارض، مما يضاعف من الشعور بالتوتر، وهكذا دواليك.

والخطوة الهامة الأخرى في السيطرة على مرض تهيج الأمعاء تقوم على تعلم كيفية الاسترخاء. وثمة طرق عديدة لذلك. فبعض الناس يشعرون بالاسترخاء عند سماع الموسيقى أو عزفها، أو بإحاطة أنفسهم بعطور مهدئة (العلاج بالعطور). بينما يستفيد البعض الآخر من التدليك أو اليوغا أو التأمل. وتفيد بعض الدراسات بأنه من شأن التنويم أن يخفف ألم البطن والانتفاخ. فيعمد خبير مدرّب إلى تعليم المريض كيفية الدخول في حالة من الاسترخاء (حالة تنويمية) ثم يقوده إلى جلسة تخيّلات، يتخيّل فيها المريض بأن عضلات أمعائه لينة، هادئة وساكنة.

لمساعدتك على البدء، إليك تقنيتي استرخاء بسيطتين بوسعك اللجوء إليهما عند الشعور بالتوتر:

**التنفس العميق.** يتنفس معظم البالغين من صدورهم. فيتمدد الصدر مع الشهيق ويتقلص مع الزفير. ولكن، كي تسترخي، تنفس بعمق من الحجاب الحاجز الذي يفصل الصدر عن البطن. ويمكنك استعمال التنفس العميق وحده للاسترخاء أو كوسيلة تسخين وتبريد لتقنيات أخرى (أنظر "أخذ استراحة").

**استرخاء العضلات التدريجي.** تتضمن هذه التقنية إرخاء سلسلة من العضلات، مجموعة بعد الأخرى. اعمد أولاً إلى رفع مستوى الضغط في مجموعة من العضلات، كالساق أو الذراع، وذلك بشدّ العضلات ومن ثمّ إرخائها. وركز على ترك الضغط يزول ببطء من كل عضلة، قبل الانتقال إلى المجموعة التالية.



## استعمال الأدوية غير الموصوفة

من شأن الأدوية غير الموصوفة أن تساعد على تخفيف الانزعاج أثناء سعي المريض إلى تغيير نمط حياته، وذلك وفقاً لحدة العوارض.

### أخذ استراحة

إليك تمرين يساعدك على ممارسة التنفس العميق الاسترخائي. حاول التمرن عليه أثناء النهار حتى تتمكن من اللجوء إليه تلقائياً عندما تشعر بالتوتر:

1. اجلس بارتياح وضع قدميك بشكل مسطح على الأرض.
2. أرخ الملابس الضيقة حول البطن والخصر.
3. ضع يديك على حضنك أو على جنبيك.
4. أغمض عينيك إن كان هذا يساعدك على الاسترخاء.
5. تنفس ببطء من الأنف وأنت تعدّ إلى الأربعة. ودّع بطنك يتمدد أثناء الشهيق.
6. توقف لثانية ثمّ ازفر بوتيرة طبيعية عبر الفم.
7. كرر التمرين حتى تشعر بالاسترخاء.

## مضادات الإسهال

يبطئ لوبيراميد (Imodium) سرعة خروج الأطعمة من الأمعاء كما أنه يزيد كمية الماء المعوي وامتصاص أيون (الصوديوم) للمساعدة على تجميد البراز. وثمة مضادات إسهال أخرى، كاليزموث (Pepto-Bismol)، قد توقف الإسهال والحاجة الملحة للتبرز. ولكن يجب الحرص على عدم أخذ هذه الأدوية غالباً أو لفترة طويلة، لأن فرط الاستعمال يسبب الإمساك أو يؤدي إلى تفاقمه.

ويمكن أيضاً استعمال شاي النعناع الفلفلي (وهو شاي يحتوي على زيت النعناع الفلفلي). وثمة ما يؤكد بأنه يساعد على تخفيف الإسهال



أو الغازات المصاحبة للانتفاخ. غير أنه من شأن النعناع الفلفلي أن يسبب تفاقم الحرقة.

### الملحقات الليفية والمسهلات

للتخلص من الإمساك، ابدأ العلاج بملحق ليفي طبيعي مثل Metamucil أو Citrucel. ويظهر مفعوله عادة خلال يوم إلى ثلاثة أيام. والواقع أنّ الملحقات الليفية آمنة وفعالة عموماً إن هي أخذت بانتظام حسب التعليمات. ولكن، نظراً لقوة امتصاصها يجب أن تؤخذ مع كثير من الماء، وإلا سببت الإمساك، أي عكس المطلوب. وفي حال لم تنفع هذه التدابير، اطلب من الطبيب أن يصف لك مسهلاً. والمسهلات على أنواع:

**المليّيات.** وهي المستحضرات الأضعف مفعولاً. وهي تباع من دون وصفة تحت أسماء عدة، بما فيها Colace و Surfak.

ولا تأخذ الزيت المعدني لتليين البراز وإيقاف الإمساك، لأنه قد يوقف امتصاص الفيتامينات الأساسية.

**المسهلات المألحة.** وهي تعتبر آمنة نسبياً للاستعمال الطويل الأمد وتتضمن مستحضر Phillips Milk of Magnesia. وتعمل هذه المستحضرات عبر زيادة كمية الماء في البراز.

**المسهلات المنبّهة.** وهي أقوى أنواع المسهلات، ولا تؤخذ إلا بعد إخفاق باقي التدابير وأخذ مشورة الطبيب. وتتضمن الأنواع غير الموصوفة منها Dulcolax و Ex.Lax و Senokot.

بيد أنّ الاستعمال المنتظم للمسهلات قد يسبب تفاقم الإمساك. وقد يأخذ المريض بالاعتماد على المسهّل للتبرّز إن استعمله لفترة أطول مما تسمح به التعليمات. ومن شأن الاستعمال الطويل الأمد للمسهلات



المنبّهة أن يؤدي إلى إسهال حاد ومزمن. ناقش بالتالي الطبيب حول الطريقة الفضلى لاستعمال هذه المستحضرات.

### العلاج الطبي للعوارض الحادة

إن كنت تعاني من عوارض معتدلة إلى حادة، قد تكون بحاجة إلى وسائل أكثر فاعلية من تغيير نمط الحياة أو استعمال الأدوية غير الموصوفة.

#### تطور العقاقير

يواصل الباحثون التفتيش عن طرق أفضل لعلاج مرض تهيج الأمعاء. وهذه الأدوية هي في المراحل النهائية من الاختبار السريري وقد تحصل على موافقة إدارة الأغذية والعقاقير خلال السنوات الخمس المقبلة: مضادات HT-45. تعمل هذه الأدوية على تسريع حركة الطعام في القولون. وقد وضعت لعلاج الإمساك والألم. agonist Kappa opioid (فيدوتوزين). هذا العقار هو عبارة عن مخدر صناعي يشبه المستحضرات الأفيونية ولكنه لا يحتوي على الأفيون. وهو مخصص لعلاج ألم الأمعاء. العوامل الأدرينالية المفعول ألفا-2. وهي تعدّل الوظائف الحركية والحسية للأمعاء، وخاصة الشعور بالألم حين يكون القولون منتفخاً.

#### الأدوية الموصوفة

يصف الطبيب أحد العقاقير التالية، وفقاً للعوارض: أوسيترون. هو أول الأدوية الموافق عليها من قبل إدارة الأغذية والعقاقير خصيصاً لعلاج مرض تهيج الأمعاء لدى النساء.



والألوسيترون (Lotronex) هو مضادّ للمستقبلات العصبية، يرخي القولون ويبطئ حركة بقية الطعام فيه. وتبرز فعاليته في حالات الإسهال والإسهال والإمساك المتعاقبين. يساعد هذا الدواء أيضاً على تخفيف ألم البطن والتشنجات. ويعتبر الألوسيترون من العقاقير الآمنة والتي يمكن احتمالها أثناء الاستعمال القصير الأمد. ويشكل الإمساك أثره الجانبي الوحيد. أما آثاره الجانبية على المدى البعيد فهي غير معروفة.

**مرخيات العضلة الملساء.** من شأن مضادات إفراز الكولين (مضادات التشنج) كسولفات الإيوسيامين (Levsin) والديسيكلومين (Bentyl) أن تساعد على إرخاء العضلات المعوية وتخفيف التشنجات العضلية. غير أنّ المعلومات التي تؤيد استعمالها لمرض تهيج الأمعاء محدودة، كما أنّ إدارة الأغذية والعقاقير لم تصادق حتى الآن على استعمالها في علاج هذا المرض. أضف إلى أنّ لهذه العقاقير آثاراً جانبيةً مزعجةً، بما في ذلك احتباس البول وتسريع خفقان القلب ورؤية ضبابية وجفاف في الفم. بالتالي، يُنصح باستعمال مضادات التشنج باقتصاد، أي أثناء اشتداد العوارض مثلاً.

**مضادات الاكتئاب.** تعتبر هذه الأدوية فعالة مهما بلغت حدة العوارض درجة تعيق المصاب عن تادية وظائفه اليومية وسببت له الاكتئاب أو نوبات الذعر. وبالإضافة إلى علاج الإحباط، تساعد هذه الأدوية على إزالة ألم البطن والإسهال أو الإمساك. وقد يصف الطبيب مضاداً للاكتئاب ثلاثي الدورات أو مثبط إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائي.



وأكثر ما توصف العوامل الثلاثة الدورات، أميتريبتين (Elavil) وإمبيرامين (Tofranil) ودوبيكسين (sinequan) لحالات الاكتئاب والألم المصحوبة بالإسهال. غير أنه من شأن مضادات الاكتئاب الثلاثة الدورات أن تسبب النعاس وجفاف الفم والإمساك.

أما مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين، فليوكسيتين (Prozac) وباروكسيتين (Paxil)، فهي غالباً ما تعطى لحالات الاكتئاب والألم المصحوبة بالإمساك. وقد تسبب هذه المثبطات لدى البعض غثياناً وتشنجاً وإسهالاً.

وتجدر الإشارة إلى ضرورة أخذ مضادات الاكتئاب بانتظام لتكون فعالة. لذا، لا توصف هذه الأدوية إجمالاً إلا للعوارض المزمنة أو المتكررة.

#### الاستشارة الطبية

تشكل الاستشارة الطبية جزءاً هاماً من العلاج خاصةً إن كانت الحالة ناجمة عن التوتر أو القلق. وبمقدور المتخصصين في الطب السلوكي، كالعالم أو الطبيب النفسي، أن يساعدوا المريض على التخلص من التوتر والقلق بمراقبة استجابته للأحداث، ومن ثمّ تعديل هذه الاستجابة. فيتعلّم المصاب كيفية التعرف على الحالات المسببة للتوتر والتي تحفز استجابة الأمعاء، واعتماد استراتيجيات للتعامل معها. والواقع أنه بالنسبة إلى معظم الأشخاص، فإن الاستشارة الطبية المصحوبة بالأدوية هي أكثر فاعلية من الدواء وحده.



### مرض كرون والتهاب القولون التقرحي

#### علاماته وعوارضه

- إسهال
- ألم بطن وتشنج.
- دم في البراز.
- تعب
- قلة شهية.
- نقصان الوزن.
- ارتفاع في الحرارة.

مرض كرون والتهاب القولون التقرحي هما مرضان غامضان من شأنهما أن يسببا الألم والوهن، وينشآن عن الإسهال المزمن. ويتراوح عدد حالات الإسهال بين مرتين في اليوم لدى البعض وست مرات لدى البعض الآخر. أما في الحالات الحادة، فتصبح الحياة اليومية عبارة عن حاجة دائمة للإسراع إلى الحمام مع خوف متواصل من وقوع حادثٍ محرج.

ويعتبر مرضا كرون والتهاب القولون التقرحي أبرز أشكال مرض الأمعاء الالتهابية، وهو تعبير يشمل جميع الحالات الالتهابية التي تتلف القناة الهضمية. وما من علاج ناجع لمرض كرون الذي أخذ اسمه عن بيريل كرون، وهو طبيب اكتشف المرض مع زملائه عام 1932. أما العلاج الوحيد لالتهاب القولون التقرحي فيقوم على إزالة القولون والمستقيم جراحياً.



ولكن، بالرغم من عدم إمكانية شفاء هذين المرضين في أغلب الحالات، إلا أنه من الممكن علاجهما. والواقع أنه ثمة علاجات عديدة من شأنها تخفيف العوارض جذرياً، حتى أنها قد تتجح بتوفير تحسّن طويل الأمد.

### مرضان متشابهان ولكنهما مختلفان

قد تتشابه آثار مرض كرون والتهاب القولون التقرحي بحيث يخطئ المرء بينهما أحياناً. فللحالتين كثير من العوارض المشتركة (أنظر فقرة علامات وعوارضه). والحقيقة أنّ كليهما يؤديان إلى التهاب البطانة الداخلية للقناة الهضمية. وقد تستغرق الحالتان في عوارضهما مدة غير محددة، كفترات التهيج الطويلة تتبعها فترات من التحسن. أضف إلى أنّ كلا المرضين قد يستلزم برنامجاً معقداً من العلاج بالعقاقير. والواقع أنّ العقاقير المستعملة في علاجهما غالباً ما تكون متشابهة تقريباً.

ولكن، بالرغم من هذا التشابه، ثمة اختلافات أساسية بين الحالتين. فمرض كرون قد يصيب أي موضع من الجهاز الهضمي، بدءاً من الفم وحتى الشرج. ويمكن للالتهاب أن يطرأ في الوقت نفسه في أماكن مختلفة، وهو يمتد عموماً إلى جميع الطبقات النسيجية في المنطقة المصابة.

أما التهاب القولون التقرحي فينحصر عادةً في القولون والمستقيم. وغالباً ما يبدأ الالتهاب في المستقيم ويمتد ليشمل القولون. كما تختلف هذه الحالة عن مرض كرون بكون الالتهاب يتوقف على البطانة المخاطية الداخلية ولا يشمل عموماً الأنسجة العميقة.

ومع أنّ مرض كرون والتهاب القولون التقرحي قد يطرآن في أي سن، إلا أنّ ظهورهما يغلب بين سن الخامسة عشرة والخامسة

والثلاثين. ويتساوى احتمال إصابة الجنسين بهما، بينما يعتبر البيض أكثر عرضة لمرض الأمعاء الالتهابية، بالرغم من كون المرض يصيب كثيراً من المجموعات العرقية. وتجدر الإشارة إلى أنّ اليهود المتحدّرين من أصل أوروبي معرضون خمس مرات أكثر من غيرهم من البيض لمرض الأمعاء الالتهابية.

ويصيب مرضا كرون والتهاب القولون التقرحي حوالي مليون أميركي. وتبلغ حصة كل من المرضين نصف هذا العدد تقريباً. إلا أنّ بعض التقديرات تشير إلى أنّ العدد الفعلي يبلغ الضعف. ويعود هذا التباين في التقدير جزئياً إلى صعوبة تشخيص المرضين أحياناً وإلى جهل كثيرين بأنهم مصابون.

### البحث عن الأسباب

بالرغم من عدم توصل الباحثين إلى الكشف عن الغموض المحيط بأسباب هاتين الحالتين، ثمة اجماع في الرأي على الأمور غير المسببة لهما. فخلافاً للاعتقاد الذي كان سائداً، لم يعد الباحثون يظنون بأنّ التوتر هو المسؤول الأول، علماً أنّه قد يسبب تفاقم العوارض. وما عادوا يعتقدون أيضاً بأن المرضين ينتقلان من شخص إلى آخر بالعدوى. أما فيما يختص بالأسباب، فلم يتوصلوا سوى إلى نظريات:

**الجهاز المناعي.** ثمة نظرية تقول بأن المرضين ينجمان عن فيروس أو بكتيريا غير معروفين. وينتج الالتهاب عن الجهاز المناعي في محاولته للتصدي للجسم الدخيل. وفي الواقع برهنت العقاقير التي تثبط الجهاز المناعي عن فاعليتها في السيطرة على العوارض لدى كثير من المصابين. ويحتمل أيضاً أن يكون الالتهاب ناشئاً عن الفيروس أو البكتيريا نفسها.



**الوراثة.** تفيد الإحصاءات بأن 15 إلى 20 بالمئة من المصابين بمرض كرون أو بالتهاب القولون التقرحي لديهم قريب مباشر يعاني من مرض الأمعاء الالتهابية، أي أحد الوالدين أو شقيق أو شقيقة أو طفل. فكثيرة هي العوامل الجينية التي تجعل المرء عرضة لمرض الأمعاء الالتهابية. أما تفاصيل هذه العوامل فلا تزال موضوع بحث دقيق.

**البيئة.** تغلب الإصابة بالمرضين في البلدان والمدن المتطورة. وهذا ما قاد بعض الباحثين إلى الاعتقاد بأن العوامل البيئية، كالغذاء، قد يكون لها دور في ذلك. فالأشخاص الذين يقطنون المدن، يميلون إلى تناول كمية من الأطعمة الدهنية تفوق ما يحصل عليه سكان المناطق الريفية. وثمة نظرية أخرى تقول بأن سكان البلدان التي تتمتع ببيئة أنظف، قد يقعون "ضحية" النظافة وتدبير الوقاية الصحية. وبالنتيجة، يصبحون أكثر عرضة للإصابات لاحقاً في حياتهم، وهذا ما يدفع أجهزتهم المناعية إلى الاستجابة بشكل مفرط.

### **عوارض مزعجة**

لكل من المرضين عوارضه المتعددة، التي قد تتطور تدريجياً أو تظهر بصورة مفاجئة.

### **مرض كرون**

يظهر واحد أو أكثر من العلامات والعوارض التالية ويكون خفيف إلى حاد:

**إسهال.** تستجيب الأمعاء الدقيقة والغليظة للالتهاب كما تفعل مع الإنتان. إذ تفرز الخلايا المعوية كمية إضافية من الملح والماء. وتغلب هذه العملية على ضعف قدرة المعى الدقيق والقولون على امتصاص



السائل. وقد تنقلص الأمعاء أكثر من العادة مما يؤدي بالنتيجة إلى الإسهال.

**تشنج وتقيؤ.** من شأن الالتهاب المتواصل أن يؤدي إلى تورم الجدران المعوية وازدياد سماكتها نتيجة لتكون نسيج ندبي. وقد تضيق الأفتنية المعوية وتمنع مرور الطعام. فينتج عن ذلك تشنج وتقيؤ. **نزف.** مع مرور بقية الطعام في الجهاز الهضمي، يحتك بالنسيج الملتهب ويؤدي به إلى النزف. وفي بعض الأحيان ينزف النسيج من تلقاء نفسه من دون أن يحتك بالطعام. أما الدم، فيطرد مع البراز، ويكون أحمر فاتحاً ويظهر على فوط الحمام، أو يكون داكن اللون وممزوجاً بالبراز.

**نقصان الوزن والتعب.** إن أصاب الالتهاب المعى الدقيق الذي يتم فيه امتصاص المغذيات، قد يعجز الجسم عن امتصاص ما يكفي من العناصر الغذائية للحفاظ على الوزن ومستوى الطاقة. فيبدأ الوزن بالنقصان ويشعر المصاب بالتعب بسهولة. ومن شأن فرط فقدان الدم أيضاً أن يسبب التعب.

وقد يكون سوء امتصاص المغذيات هو الذي يعيق نمو الأطفال المصابين بمرض كرون. فاستناداً إلى الإحصاءات، فإن 30 بالمئة من المصابين بمرض الأمعاء الالتهابية هم بين العاشرة والتاسعة عشرة من العمر. واثتان بالمئة من الحالات تشمل أطفالاً دون العاشرة.

**قروح.** قد تنشأ القروح نتيجة للالتهاب المزمن في أي موضع من الجهاز الهضمي، وحتى في الفم أو المريء أو الشرج. وتظهر لدى البعض سلسلة غير مترابطة من القروح المبعثرة في الجهاز الهضمي بأكمله. وعادةً تتكون القروح الناجمة عن مرض كرون في أسفل المعى



الدقيق (المعى اللفيى النهائي) أو القولون أو المستقيم أو فى جميعها معاً.

نواسير. قد تتوغل القروح العميقة تماماً فى الجدار المعوي لتكون ناسوراً. والناسور هو عبارة عن رباط أنبوبي غير طبيعى يصل بين الأعضاء الداخلية أو بين أحد الأعضاء وسطح البشرة. وفى أغلب الحالات تربط النواسير حلقات المعى الدقيق ببعضها. والملاحظ أنه حين تتكون النواسير بين المعى الدقيق والقولون، تختصر جزئيات الطعام الطريق وتتجه إلى الفتحة لتدخل القولون قبل أن يتم امتصاص المغذيات فى المعى الدقيق.

وتتكون النواسير أحياناً فى جيوب من الإنتانات (خُراجات) مما قد يهدد حياة المريض إن أهمل علاجها. ويتم العلاج بالأدوية أو الجراحة، وفقاً لخطورة الناسور وموضعه.

**مضاعفات أخرى.** قد يسبب مرض كرون العوارض أو الأمراض

التالية:

- التهاب، تورم، تصلب وألم فى المفاصل.
- طفح أو قروح جلدية.
- زيادات جلدية شرجية تشبه البواسير.
- التهاب العينين.
- حصى فى الكلى.
- حصى فى المرارة.

ومن غير الواضح ما الذى يسبب هذه المشاكل. ولكن بعض الباحثين يعتقدون بأنها مرتبطة باستجابة الجهاز المناعى الذى يحدث



التهاباً في أجزاء من الجسم تتخطى القناة الهضمية. وعند علاج المرض، يختفي بعض من هذه العوارض.

### درجات مرض كرون

#### حالة طفيفة:

- إسهال يسبب التبرز لأربع مرات أو أقل يومياً.
- ألم بطن طفيف إن وُجد.
- وزن صحي.
- مضاعفات قليلة، إن وجدت.
- نتائج طبيعية في فحص الحرارة والنبض وعدد الكريات الحمراء.

#### حالة معتدلة:

- إسهال يسبب التبرز من أربع إلى ست مرات يومياً.
- ألم بطن معتدل.
- مضاعفات أخرى.

#### حالة حادة:

- إسهال أكثر من ست مرات في اليوم.
- ألم بطن حاد.
- نقصان في الوزن.
- مضاعفات إضافية.
- حرارة مرتفعة، نبض سريع، أو انخفاض في عدد الكريات الحمراء.

### التهاب القولون التقرحي

على غرار مرض كرون، يسبب التهاب القولون التقرحي إسهالاً ونزفاً هذا بالإضافة إلى التشنج وألم البطن ومضاعفات أخرى مشابهة. ولكن غالباً ما يقترن التهاب القولون التقرحي باعتلال الكبد عوضاً عن حصى الكلى أو المرارة أو الزوائد الجلدية. وفي أكثر الأحيان، يكون



البراز ممزوجاً بالدم إضافةً إلى المادة المخاطية الآتية من بطانة القولون أو القيح الناجم عن القروح.

وتضخم القولون السام هو من المضاعفات الخطيرة لالتهاب القولون التقرحي، ويطرأ لدى 2 إلى 6 بالمئة من الحالات. فتتشلّ حركة القولون الملتهب الذي يعجز عن طرد البراز والغازات، فينتفخ ويتضخّم. ومن عوارض هذه الحالة ألم بطن وتورم مصحوبين بارتفاع في الحرارة وضعف عام. وقد يشعر المصاب أيضاً بالارتباك أو عدم القدرة على التركيز. وفي حال تأخر العلاج، من شأن القولون أن ينفجر مؤدياً إلى انتقال البكتيريا من القولون إلى التجويف البطني. وتستلزم هذه الحالة جراحة طارئة.

### درجات المرض

#### التهاب تقرحي طفيف:

- إسهال يسبب التبرز لأربع مرات أو أقل يومياً.
- ظهور عرضي للدم في البراز.
- نتائج طبيعية لفحوص الحرارة والنبض وعدد الكريات الحمراء.
- مضاعفات أخرى قليلة، إن وجدت.

#### التهاب تقرحي معتدل:

- إسهال يسبب التبرز من أربع إلى ست مرات يومياً.
- ظهور دم في البراز بانتظام.
- مضاعفات أخرى.

#### التهاب تقرحي حاد:

- حالات إسهال لست مرات وما فوق في اليوم.
- تكرار ظهور الدم في البراز.
- ألم في البطن.
- مضاعفات أخرى.



• حرارة مرتفعة، نبض سريع أو بطيء.

## تشخيص مرض الأمعاء الالتهابية

ما من اختبار بسيط لتشخيص مرض كرون أو التهاب القولون التقرحي. بل غالباً ما يتم تشخيص المرضين بعد استبعاد جميع الأسباب الأخرى المحتملة، شأنهما في ذلك شأن كثير من الحالات الهضمية.

ومن الاختبارات التي تساعد على تأكيد الإصابة بمرض كرون أو بالتهاب القولون التقرحي:

**اختبارات الدم.** قد يشير الخلل في سرعة الترسيب أو في مستوى البروتين التفاعلي C-reactive protein إلى وجود التهاب. وثمة اختبارين حديثين هما الجسم الهيلي المضاد لكثرة الكريات أليفة الأصباغ المتعددة لما حول النواة (pANCA)، والجسم المضاد للفطريات السكرية (ASCA) يمكنهما تشخيص مرض الأمعاء الالتهابية. إلا أنّ نسبة دقتهما تتراوح بين 80 و90 بالمئة.

**صور أشعة إكس.** قد تكشف صور المعى الدقيق والغليظ وجود تقرح أو تورم أو مضاعفات أخرى كتضيّق أو ناسور.

**تنظير القولون.** هو الاختبار الحاسم لتشخيص مرض كرون أو التهاب القولون التقرحي. إذ يدخل الطبيب أنبوباً دقيقاً مرناً مجهزاً بكاميرا في القولون. وفي حال وجود التهاب، تنزف الجدران المعوية بسهولة بمجرد احتكاكها بالجهاز. ويشير وجود التهاب واحد متواصل إلى احتمال الإصابة بالتهاب القولون التقرحي. أما الأنسجة التي تشتمل على أقسام طبيعية بين مناطق الالتهاب فتشير إلى مرض كرون.



وقد يعمد الطبيب أثناء الاختبار إلى اختزاع عينات نسيجية يتم فحصها لاحقاً تحت المجهر. وقد يؤكد وجود ورم حُببي في العينات الإصابة بمرض كرون، غير أنّ هذه الأورام نادراً ما تتواجد. والأورام الحبيبية هي عبارة عن مجموعات صغيرة من الخلايا الالتهابية التي تحيط عادة بالبكتيريا وغيرها من الأجسام الغريبة وتحاول تدميرها. ولا تصاحب هذه الأورام التهاب القولون التقرحي.

### العقاقير، تساعد ولكنها لا تشفي

من غير الممكن شفاء مرض الأمعاء الالتهابية بالعقاقير، غير أنها تنجح في تخفيف العوارض لدى معظم المصابين. ويتمثل الهدف الأول للعلاج في تخفيف التهاب الأمعاء بطرق مختلفة. فبعض العقاقير تعمل بصورة فعالة لدى البعض بينما تخفق لدى آخرين. لذا، فإن اكتشاف الدواء أو مجموعة الأدوية الأنسب للحالة قد يستغرق وقتاً.

### العقاقير المضادة للالتهاب

غالباً ما تشكل هذه العقاقير خطوة أولى في العلاج الطبي لمرض الأمعاء الالتهابية:

سُلْفاَسالازين. شاع وصف هذا العقار للحالات الخفيفة إلى المعتدلة من مرض كرون والتهاب القولون التقرحي منذ الأربعينيات. وغالباً ما يكون السلفاسالازين (Azulfidine) فعالاً في تخفيف عوارض كلا المرضين، كما أنه يساعد في منع عودة التهاب القولون التقرحي. غير أنّ للدواء آثاراً جانبية منها فقدان للشهية وغيثيان وتقيؤ إضافة إلى الطفح الجلدي والصداع.



**ميسالامين وأولسالازين.** يتحوّل الأطباء مؤخراً إلى وصف هذه الأدوية. فالميسالامين (Asacol, Pentasa, Rowasa) والأولسالازين (Dipentum) يعملان بشكل مشابه للسلفاسالازين، ولكن مع آثار جانبية أقل. وعلى غرار السلفاسالازين، يمكن أخذ الدواءين عبر الفم على شكل أقراص، أو عبر الشرج على شكل حقن طبية أو تحاميل. وتتجح حقن الميسالامين في تخفيف العوارض لدى أكثر من 80 بالمئة من المصابين بالتهاب القولون التقرحي في أسفل القولون (القولون السيني) والمستقيم. وتوضع الحقنة ليلاً أثناء التمدد على الجانب الأيسر، بحيث يغسل الدواء جدران القولون السيني والمستقيم. ويتواصل العلاج كل ليلة من 4 إلى 8 أسابيع، أو حتى يتم شفاء البطانة المعوية. ولكن ما يعيق هذا العلاج هو صعوبة الاحتفاظ بالدواء إن كان القولون نشطاً جداً ويتقلص بسرعة.

**الستيروبيدات القشرية.** تعتبر الستيروبيدات فعالة في تخفيف الالتهاب بغض النظر عن موضع المرض، غير أنها قد تسبب كثيراً من الآثار الجانبية، بما في ذلك انتفاخ الوجه وحب الشباب وفرط نمو الشعر في الوجه إضافة إلى التعرق الليلي والأرق والتهيج وفرط الحركة. ومن آثارها الجانبية الأكثر خطورة ارتفاع ضغط الدم والسكري وترقق العظم، هذا بالإضافة إلى الماء الأزرق والماء الأسود وازدياد خطر الإنتانات. أما لدى الأطفال، فمن شأن الاستعمال الطويل للستيروبيدات أن يعيق النمو.

وتوصف الستيروبيدات أساساً للحالات المعتدلة إلى الحادة من مرض الأمعاء الالتهابية التي لا تتجاوب مع العلاجات الأخرى. ومن أكثر هذه الأدوية استعمالاً، بريدنيزون، ميتيلبريدنيزولون،



وهيدروكورتيزون. وثمة ستيرويديات أحدث ذات مفعول أبطأ، مثل باديسونيد، تبين بأنها أكثر أمناً وفعاليةً للحالات المعتدلة من مرض كرون في الأمعاء.

ويمكن أخذ الستيروبيدات القشرية عبر الفم أو المستقيم على شكل تحاميل أو حقن شرجية أو رغوة. وأكثر أشكالها استعمالاً هي الأقراص. بينما توصف التركيبات المستقيمية عموماً للحالات الطفيفة إلى المعتدلة من التهاب القولون التقرحي في القولون السيني أو المستقيم. ويمكن إعطاء الستيروبيدات عبر الأوردة في الحالات الخطيرة التي تستدعي الترقيد بالمستشفى.

### مثبطات الجهاز المناعي

تعمل هذه الأدوية أيضاً على تخفيف الالتهاب، ولكن بطريقة مختلفة. ذلك أنها تستهدف الجهاز المناعي، الذي قد يكون السبب وراء الالتهاب أو واحداً من العوامل المساعدة. إذ تفيد إحدى النظريات بأن سبب مرض الأمعاء الالتهابية قد يتمثل في فرط استجابة الجهاز المناعي تجاه فيروس أو بكتيريا غير معروفة. فبهدف تدمير هذا الجسم الغريب أو طرده، يحرر الجهاز المناعي كيميائيات مزعجة من شأنها إتلاف الأنسجة الهضمية مع الوقت مسببة الالتهاب.

وتعمل العقاقير المثبطة للجهاز المناعي على إزالة مرض الأمعاء الالتهابية عبر كبح قدرة الجهاز المناعي على تحرير الكيمائيات المقاومة للأجسام الغريبة:

**أزاثيوبيرين وميركابتوبورين-6.** هي من المثبطات الأكثر استعمالاً لعلاج مرض الأمعاء الالتهابية. غير أنّ مفعولها قد يستغرق ثلاثة أشهر قبل أن يبدأ بالظهور. ولا تزال كيفية عملها غير واضحة تماماً،



إلا أنّ الدراسات برهنت فاعلية الأزاثيوبيرين (Imuran) وميركابتوبورين-6 (MP-6) في تخفيف عوارض مرض الأمعاء الالتهابية وشفاء نواسير مرض كرون.

**إنفليكسيماب.** صادقت إدارة الأغذية والعقاقير مؤخراً على هذا العقار المثبط للجهاز المناعي خصيصاً للمصابين بدرجة معتدلة إلى حادة من مرض كرون. وإنفليكسيماب (Remicade) هو دواء تمت هندسته حيويّاً لإبطال بروتين طبيعي يدعى عامل النخر الورمي يسبب الالتهاب.

وقد أثبتت التجارب السريرية بأنّ أكثر من 60 بالمئة من الأشخاص الذين عولجوا بجرعة واحدة عبر الأوردة من إنفليكسيماب خفّت عوارضهم بعد 4 أسابيع. كما قلل العقار عدد النواسير. ولكن لوحظ بأنّ مفعول الدواء تراجع مع الوقت، أضف إلى أنّ سلامة استعماله غير مضمونة نظراً لحدائته.

**ميثوتريكسايت.** طالما استعمل هذا الدواء لعلاج الصداف والتهاب المفاصل الروماتزمي، بالإضافة إلى السرطان. وهو يوصف أحياناً للمصابين بمرض كرون وبالتهاب القولون التقرحي وللذين يحتملون الأدوية الأخرى أو لا يستجيبون لها كما يجب. وتشتمل آثاره الجانبية القصيرة الأمد أحياناً على الغثيان. أما استعمال الدواء على الأمد البعيد فقد يؤدي إلى تندّب الكبد.

**سيكلوسبورين.** أغلب ما يوصف هذا الدواء القوي المفعول للأشخاص الذين لا يستجيبون للأدوية الأخرى. وهو مفيد للمصابين بمرض كرون المصحوب بنواسير. كما من شأنه تخفيف عوارض التهاب القولون التقرحي الحادة.



ولكن من مساوئ السيكلوسبورين هو أنه يسبب آثاراً جانبية ملحوظة، خاصةً عند أخذه لفترات طويلة. ومنها فرط نمو الشعر وخدر في اليدين والقدمين ونوبات صرع وارتفاع ضغط الدم وتلف الكبد والكلى.

والجدير بالذكر أنّ العلاج المثبط للجهاز المناعي يستلزم مراقبة دقيقة من الطبيب تفادياً للتسمم. فيجري هذا الأخير تحاليل دم وقد يعتمد إلى تعديل جرعات الدواء اعتماداً على نتيجة الاختبارات.

### المضادات الحيوية

لا تعتبر المضادات الحيوية فعالة عموماً لالتهاب القولون التقرحي، ولكن بمقدورها شفاء النواسير والخراجات وتسكين عوارض مرض كرون لدى البعض.

ميترونيدازول هو واحد من المضادات الحيوية الأكثر استعمالاً لمرض كرون. ونظراً لآثاره الجانبية الخطيرة، يحدد الطبيب الجرعة ومدة استعمال الدواء بعناية.

وتشتمل عوارض الميترونيدازول (Flagyl) على درجة خفيفة من الخدر ووخز في اليدين والقدمين، هذا بالإضافة إلى الألم وضعف العضلات أحياناً. والواقع أنّ حوالي شخص من بين كل ثلاثة أشخاص يتناولون هذا المضاد الحيوي، يصابون بالعوارض التي تزول بشكل بطيء، وقد لا تزول أبداً. ومن عوارضه الجانبية الأخرى الأقل خطورة، الغثيان والصداع والإصابات الفطرية وفقدان الشهية. كما أنّ للدواء طعماً معدنياً، يمكن للسكاكر أو العلكة أن تغطي عليه.

سيبروفلوكساسين. يشكل السيبروفلوكساسين (Cipro) بديلاً للميترونيدازول ويفضله الأطباء. إذ ينجح الدواء في تخفيف العوارض



لدى 50 إلى 60 بالمئة من المصابين بمرض كرون. وتتضمن آثاره الجانبية فرط التحسس تجاه الضوء واحتمال إعاقة النمو لدى الأطفال. **عقاقير أخرى.** يمكن استعمال النيتراسيكلين أو مزيجاً من التريميثوبريم (Proloprim, Trimplex) وسلفاميثوكسازول (Bactrim,) (Cotrim, Septra) لمرض كرون. وقد تشتمل آثاره الجانبية على خدر ووخز في اليدين والقدمين. غير أنّ إيقاف هذه الأدوية باكراً جداً قد يسبب عودة المرض، لذا يعتبر العلاج الطويل الأمد ضرورياً عموماً.

### لصقات النيكوتين

ظهر في التجارب السريرية بأن لصقات النيكوتين الجلدية (وهي نفسها التي يستعملها المدخنون) توقف مؤقتاً تهيج التهاب القولون التقرحي. وقد تم هذا الاكتشاف حين أفاد بعض المصابون بهذا المرض بأنهم لاحظوا بدء العوارض للمرة الأولى بعدما ألقوا عن التدخين.

واستناداً إلى الدراسات، فإن النيكوتين يزيل العوارض لدى 4 من كل 10 مصابين بالتهاب القولون التقرحي يستعملون لصقات النيكوتين لأربعة أسابيع. غير أن فعاليتها تقتصر على المدى القصير، إذ تعود العوارض بعد فترة لدى معظم المرضى.

أما كيفية عمل النيكوتين فليست واضحة. ويظن الباحثون بأنه يحمي القولون عبر زيادة سماكة وكمية إفراز المادة المخاطية التي تغطي البطانة المعرضة عادة للالتهاب. ومن شأن النيكوتين أيضاً أن يخفف الالتهاب نفسه.

### عقاقير أخرى



إضافة إلى مداواة الالتهاب، تساعد الأدوية على تخفيف العوارض. ووفقاً لهذه العوارض وحدتها، يصف الطبيب واحداً أو أكثر من العقاقير التالية:

**مضادات الإسهال.** بالنسبة إلى حالات الإسهال الطفيفة إلى المعتدلة، يمكن استعمال ملعقة صغيرة من ملحق ليفي (Metamucil, Citrucel) ممزوجة بالماء مرتين يومياً لتخفيف الإسهال. فالألياف تجمد البراز لأنها تمتص ما يحتويه من الماء. أما في الحالات الأكثر حدة، فمن شأن اللوبيراميد (Imodium) أو المخدرات الموصوفة أن تساعد على استرخاء العضلات المعوية وإبطاء حركتها. ولكن يتوجب استعمال المخدرات بحذر نظراً لآثارها الجانبية المحتملة، بما في ذلك خطر تضخم القولون السام.

**المسهلات.** قد يؤدي تضيق المجاري المعوية الناجم عن التورم إلى الإمساك. وتساعد المسهلات على منع الإصابة به. ولكن يجدر استشارة الطبيب قبل أخذها، فحتى الأنواع الشائعة غير الموصوفة من شأنها أن تكون خشنة على الجهاز الهضمي.

**مسكنات الألم.** قد يصف الطبيب أسيتامينوفين (Tylenol) لآلام البطن الطفيفة. أما مضادات الالتهاب الخالية من الستيروبيد فيجدر تجنبها، وهي تشتمل على الأسبيرين (Bayer, Bufferin) والإيبوروفين (Advil, Motrin, Nuprin) والنابروكسين (Aleve) والكيوتوبروفين (Orudis). فعوضاً عن تخفيف عوارض مرض الأمعاء الالتهابية، قد تؤدي هذه الأدوية مفعولاً عكسياً. فاستناداً إلى إحدى الدراسات، تضاعف خطر العلاج الطارئ للمشاكل الهضمية لدى المصابين بالتهاب القولون التقرحي الذين يتعاطون هذه العقاقير.

وتعتبر الأدوية الموصوفة أكثر فاعلية بالنسبة إلى الآلام المعتدلة إلى الحادة.

**ملحقات الحديد.** يؤدي فقدان الدم الناجم عن النزف المعوي إلى فقر الدم الناتج عن النقص في الحديد أحياناً. وتعمل ملحقات الحديد على إعادة الدم إلى المستوى الطبيعي وعلاج هذا النوع من الأنيميا. ويتم فحص الهرمون (erythropoietin) لحالات فقر الدم القصى التي لا تتجاوب مع الحديد فقط. ويعمل هذا الهرمون في نقي العظم لزيادة إنتاج الكريات الحمراء.

**حقن فيتامين B-12.** يتم إمتصاص فيتامين B-12 في الجزء اللفائفي الأخير من الامعاء الدقيقة الذي يصاب عادة بمرض كرون. وإذا كان مرض كرون يمنع امتصاص هذا الفيتامين الضروري، عليك تناوله شهرياً عبر الحقن طوال حياتك. وعلى الأشخاص الذين أُزيل الجزء اللفائفي الأخير من امعائهم الدقيقة جراحياً أن يتناولوا حقن فيتامين B-12 طوال حياتهم.

### **التعايش مع المرض**

من الممكن التوصل إلى فترات شفاء طويلة مع كل من مرض كرون والتهاب القولون التقرحي، ولكن غالباً ما تعود العوارض إلى الظهور. إضافة إلى الأدوية، تساعد التدابير التالية على مداواة العوارض وإطالة الوقت الفاصل بين فترات التهيج:

### **نظم غذائك**

ما من دليل مؤكد على أنّ الطعام يسبب المرض أو يساهم في ظهوره. بيد أنّ بعض الأطعمة والمشروبات قد تؤدي إلى تفاقم العوارض، خاصة أثناء تهيج الحالة.



ولكن من الأهمية بمكان أن نعرف أنّ ما يناسب مريضاً قد لا يناسب الآخر. فبعض المصابين بمرض كرون أو بالتهاب القولون التقرحي يحتاجون إلى تقييد غذائهم طيلة الوقت، بينما يستبعد آخرون بعض الأطعمة أحياناً، ويبقى ثمة من لا يضطر لذلك على الإطلاق. بالتالي، إن لاحظت بأنّ نظامك الغذائي يسبب تفاقم المرض، جرّب مختلف الأطعمة والمشروبات لمعرفة ما إذا كان استبعاد بعضها وإضافة البعض الآخر يساعد على تخفيف العوارض. إليك بعض الخطوات المفيدة:

**حدّ من مشتقات الألبان.** يخفّ الإسهال والألم والغازات لدى بعض المصابين بمرض كرون وبالتهاب القولون التقرحي إن قللوا من استهلاك مشتقات الألبان. وربما كان هؤلاء لا يحتملون اللاكتوز. فيعجزون عن هضم سكر اللبن (اللاكتوز) الموجود في مشتقات الألبان لأنهم يفتقرون إلى أنزيم اللاكتاز الذي يحلّل اللاكتوز إلى سكر بسيط يمكن للجسد أن يمتصه. فإن شعرت بأنّ مشتقات الألبان تؤدي إلى تفاقم العوارض، استشر خبير تغذية ليصف لك نظاماً غذائياً صحياً ينخفض فيه معدل اللاكتوز. لمزيد من المعلومات حول عدم تحمل اللاكتوز، أنظر الصفحة 51.

**خفف استهلاك الألياف.** تعتبر المأكولات الغنية بالألياف، كالفاكهة والخضروات والحبوب، ركيزة الغذاء الصحي. ولكن لدى بعض المصابين بمرض الأمعاء الالتهابية، قد تؤدي الألياف مفعول المسهّل وتزيد الإسهال سوءاً. كما أنها قد تضاعف الغازات. لذا، جرب تناول الأطعمة الغنية بالألياف لتعرف ما إذا كنت تحتمل أنواعاً أكثر من الأخرى. فإن استمرت المشاكل بالظهور، قد تضطر إلى الحدّ من

الفاكهة والخضروات والحبوب في غذائك. ومن شأن خبير التغذية أن يساعدك على تعويض المغذيات التي توفرها هذه الأطعمة.

**خفف من الدهون.** في الحالات الحادة من مرض كرون في المعى الدقيق، يحتاج المريض إلى التخفيف من استهلاك الدهون نظراً لعجز المعى الدقيق عن امتصاص هذه المادة. فتمر الدهون عوضاً عن ذلك عبر المعى مسببة الإسهال أو تفاقمه.

والواقع أنّ تقليص معدل استهلاك الدهون ليس بمشكلة، إلا إن كنت عاجزاً عن الحفاظ على وزن صحي. وفي حال احتجت لزيادة وزنك، استشر الطبيب أو خبير التغذية حول الطريقة الفضلى لزيادة عدد السعرات الحرارية من دون استهلاك مزيد من الدهون.

**اسأل عن متعدد الفيتامينات.** بما أنّ مرض الأمعاء الالتهابية قد يعيق امتصاص الفيتامينات بشكل طبيعي، قد يقترح الطبيب استعمال متعدد فيتامينات يؤمن 100 بالمئة من الفيتامينات والمعادن الأساسية. أما الفيتامينات أو المعادن أو ملحقات الأعشاب الإفرادية، فيجب ألا تؤخذ إلا بإشراف الطبيب. فمن الممكن أن تتداخل مع الدواء أو مع قدرة الجسد على امتصاص المغذيات.

**أكثر من السوائل.** تعوّض السوائل عن الماء المفقود نتيجة للإسهال. لذا تناول 8 أكواب سعة 8 أونصات يومياً على الأقل من السوائل، ويستحسن الماء. ولكن تجنب السوائل المحتوية على الكافيين أو الكحول لأنها تدر البول وتساهم في فقدان السوائل.

**خفف من التوتر**

لا يسبب التوتر مرض الأمعاء الالتهابية ولكنه قد يؤدي إلى تفاقم العوارض وقد يهيج الحالة. ويفيد كثير من المصابين بمرض كرون أو



بالتهاب القولون التقرحي بأن مشاكلهم الهضمية تضاعفت تحت الضغط النفسي المعتدل إلى الحاد، أي عند مواجهة مشاكل في العمل مثلاً أو البيت أو عند وفاة شخص عزيز.

ففي حالات التوتر، يطرأ تغيير على الوظيفة الطبيعية للجهاز الهضمي. فتتباطأ المعدة في تفريغ الطعام ويزداد إفراز العصارات الهضمية. وقد يؤدي التوتر أيضاً إلى تسريع مرور بقية الطعام عبر الأمعاء أو إبطائها، علماً أنّ كيفية تأثير التوتر على المعى الدقيق والغليظ لا تزال محاطة بكثير من الغموض.

والواقع أنه من الصعب تجنب بعض حالات التوتر. غير أنه من الممكن تعلّم كيفية التخلص من التوتر اليومي بالرياضة والراحة الكافية وتقنيات الاسترخاء، كالتنفس العميق أو الاستماع للموسيقى الهادئة أو التأمل.

### اطلب المشورة والمساعدة

إضافةً إلى العوارض الجسدية لمرض كرون ولالتهاب القولون التقرحي، ثمة مشاكل نفسية قد تتجم عن هذين المرضين. فمن شأن الإسهال المزمن أن يسبب حوادث محرّجة. حتى أنّ الحرج يدفع البعض لأن يعتزلوا المجتمع ويمتنعوا عن مغادرة المنزل إلا نادراً. وعند خروجهم من عزلتهم، غالباً ما يؤدي القلق إلى زيادة عوارضهم سوءاً. وفي حال إهمال هذه العوامل، أي العزلة والحرج والقلق، قد تخلف آثاراً سلبية خطيرة في حياة المريض وتؤدي به إلى الشعور بالاكتئاب.

والحقيقة أنّ كثيراً من المصابين بمرض الأمعاء الالتهابية يجدون دعماً نفسياً بمجرد التعلم أكثر عن مرضهم والتحدث إلى أطبائهم أو ممرضيتهم. لذا، على المريض أن يحدد وقتاً يسمح فيه لنفسه بالتحدث



عن مخاوفه ومكبواته، ويطرح أسئلة متعلقة بحالته. ويمكنه أيضاً أن يلتحق بمجموعة دعم نفسي. فثمة منظمات تقوم بدورات في سائر أنحاء البلاد، كالمؤسسة الأميركية لمرض كرون ولالتهاب القولون. وباستطاعة الطبيب أو الممرض أن يُطلع المريض على المركز الأقرب كما يمكن الاتصال بالمنظمة نفسها لمزيد من المعلومات. ويستحسن البعض استشارة عالم أو طبيب نفسي للحديث عن قلقهم. ويوصى هنا بإيجاد اختصاصي مطلع على مشاكل مرض الأمعاء الالتهابية، يتفهم بعض المصاعب الناجمة عنه.

### الجراحة هي الخيار الأفضل أحياناً

استناداً إلى الإحصاءات، فإنّ 25 إلى 40 بالمئة من المصابين بمرض كرون أو التهاب القولون التقرحي تخفق معهم الأدوية أو التغييرات الحياتية أو يسجلون تحسناً محدوداً. فتتمثل الخطوة التالية غالباً بالجراحة.

في حالة مرض كرون، من شأن إزالة جزء من المعى الدقيق أو الغليظ أن تؤمن سنوات من الشفاء أو تحسناً في العوارض. ويتم أثناء الجراحة إعادة ربط أجزاء من الأمعاء بعد إزالة الأجزاء التالفة. وقد يعتمد الجراح أيضاً إلى إغلاق النواسير وإزالة النسيج الندبي الذي يسد المجاري المعوية أو يضيقها. غير أنّ الجراحة ليست العلاج الشافي في أغلب الحالات. ذلك أنّ المرض قد يعود إلى الظهور في أماكن أخرى من القناة الهضمية.

### مرض كرون والتهاب وسرطان القولون

من شأن مرض كرون والتهاب القولون التقرحي على السواء أن يضاعفا خطر الإصابة بسرطان القولون. فبالنسبة إلى

التهاب القولون التقرحي يعتمد خطر تكون سرطان القولون على مدة المرض ومدى تضرر القولون. فيصبح المريض عرضة لسرطان القولون إن طال التهاب القولون التقرحي من 8 إلى 10 سنوات وشمل القولون بأكمله. وكلما ضاقت مساحة المرض انخفض عموماً خطر الإصابة بالسرطان.

وعند إصابة القولون بمرض كرون، تعتبر مدة المرض وامتداد التلف عاملين أساسيين أيضاً. فكلما طالت مدة المرض، ازداد امتداده في القولون، وتعاظم خطر الإصابة بسرطان القولون. غير أنّ هذه الحالة تعتبر أقل شيوعاً لدى المصابين بمرض كرون، الذي لا يمتد إلى كامل القولون، خلافاً لالتهاب القولون التقرحي. أضف إلى أنّ مرض كرون يتيح إجراء جراحة لإزالة الجزء التالف من القولون وتجنب تسرطنه.

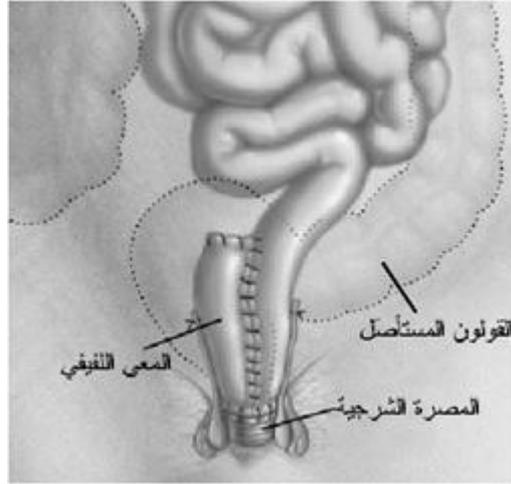
بالتالي، عندما تتعدى مدة الإصابة بمرض الأمعاء الالتهابية 8 سنوات وما فوق، يتوجب الخضوع لاختبار سرطان القولون كل سنة إلى سنتين. ويعتبر تنظير القولون الاختبار الأكثر فاعلية.

أما التهاب القولون التقرحي فيشكل حالة مختلفة. فالجراحة غالباً ما تشفي المرض. غير أنها تستلزم في أكثر الأحيان إزالة كامل القولون والمستقيم. والواقع أنّ حوالي 25 إلى 40 بالمئة من المصابين يخضعون لاحقاً للجراحة نتيجة لتواصل النزف أو المرض الشديد أو خطر الإصابة بالسرطان.

جراحتان



تدعى الجراحة المعتمدة لإزالة القولون والمستقيم، استئصال القولون والمستقيم. وفي الجراحة التقليدية، تُصنع فتحة صغيرة (فوهة) في الزاوية السفلى اليمنى للبطن، قرب مستوى الخصر. وبعد استئصال القولون والمستقيم، يتم ربط الجزء الأخير من المعى الدقيق (المعى الليفي) بالفوهة. ويستعمل المريض كيساً صغيراً يثبتته فوق الفوهة لاحتواء البراز ويفرغه عند الحاجة.



في المفاغرة الحرقفية الشرجية، يعتمد الجراح إلى استئصال القولون والبطانة الداخلية للمستقيم، ويصنع جيبياً على شكل J من الجزء الأخير للمعى الدقيق (الليفيفي)، قبل أن يعيد ربط الجيب بالمصرة الشرجية القريبة. وبالحفاظ على المصرّة الشرجية والعضلات المستقيمة، يتواصل خروج البراز بشكل طبيعي.

غير أنه ثمة جراحة بديلة تزيل الحاجة إلى استعمال الكيس. تدعى هذه الجراحة المفاغرة الحرقفية الشرجية، وهي تستغلّ واقع أنّ الالتهاب المقترن بالتهاب القولون التقرحي لا يمتدّ عموماً إلى الأنسجة العميقة. فيعتمد الجراح إلى استئصال القولون والبطانة الداخلية للمستقيم، ثمّ يصنع جيبياً صغيراً على شكل J من نهاية المعى الدقيق (الليفيفي) ويربطه مباشرة بالشرج ويدعمه بالطبقات المتبقية من أنسجة المستقيم. وهكذا يتم تخزين بقية الطعام في الجيب، وتطرد بشكل طبيعي، مع أنّ



التبرز يصبح أكثر تكراراً وليونة. فيتبرز المريض من 5 إلى 7 مرات  
في اليوم.



### الاعتلال الجوفي

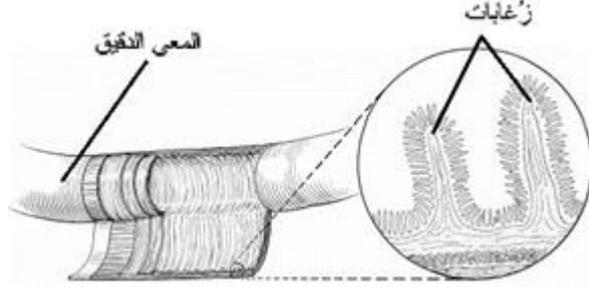
#### علاماته وعوارضه

- إسهال
- غازات وانتفاخ.
- تعب
- نقصان الوزن.
- إعاقة النمو لدى الأطفال.

قد ينشأ المرض عن إصابة فيروسية أو أثناء الحمل أو في حالة من التوتر الشديد. فيعاني المصاب من إسهال متقطع وانتفاخ ونقصان مستمر في الوزن. وتتواصل العوارض بعد شفاء الإصابة أو انتهاء فترة الحمل أو زوال مصدر التوتر. وما يكون قد حدث في هذه الحالة، هو أنّ مشكلة أساسية حفزت ظهور مشكلة أخرى تدعى الاعتلال الجوفي. وهذه الحالة هي عبارة عن اضطراب معوي يدوم مدى الحياة. ويؤدي الاعتلال الجوفي إلى إتلاف المعى الدقيق كما يعيق قدرته على امتصاص بعض المغذيات من الأطعمة. ويعجز المصاب به عن تحمّل الغلوتين، وهو بروتين يتواجد في القمح والشعير والجوادر وربما الشوفان.

فعند دخول الغلوتين إلى جوف المريض، يسبب استجابة مناعية في المعى الدقيق، الذي تبدأ بطانته بالالتهاب والتورم. ويؤدي الالتهاب بالنتوءات الدقيقة الشبيهة بالشعيرات (الزُّغابات) في المعى الدقيق إلى التقلص وحتى الزوال. والزُّغابات هي المسؤولة عن امتصاص الفيتامينات والمعادن وغيرها من المغذيات. ومن دونها، لا يحصل

الجسد على العناصر الغذائية الضرورية للصحة والنمو السليم. ومع الوقت، يؤدي سوء الامتصاص إلى حرمان الدماغ والجهاز العصبي إضافةً إلى العظام والكبد وغيرها من الأعضاء من التغذية السليمة، وينجم عن ذلك فقر في الفيتامينات وبالتالي أمراض أخرى.



تكسو داخل المعى الدقيق نتوءات شبيهة بالشعيرات تدعى زغابات. وتزيد هذه الزغابات من مساحة سطح المعى الدقيق فتسهّل على الخلايا المعوية امتصاص مغذيات الأطعمة.

### حالة وراثية

يدعى أيضاً بالإسهال الشحمي والإسهال غير الاستوائي واعتلال الأمعاء التحسسي تجاه الغلوتين. وهو يطرأ لدى الأشخاص الذين يعانون من ضعف يجعلهم عاجزين عن تحمل الغلوتين. فإن كنت مصاباً بهذا المرض، عشرة بالمئة على الأرجح من أقاربك المباشرين يعانون منه أيضاً.

ويعتقد بأن الاعتلال الجوفي يصيب حوالي شخص واحد من بين كل 500 شخص في الولايات المتحدة، بينما ترتفع هذه النسبة لدى بعض الاحصاءات. والواقع أنه ما من سن محددة لظهور المرض، غير أنه يبدو أكثر شيوعاً بين الأشخاص المتحدرين من أصل أوروبي وأولئك الذي يعانون من اضطرابات ذاتية المناعة مثل الذأب الحُمّامي والداء السكري نوع 1 والتهاب المفاصل الروماتزمي واعتلال الغدة الدرقية الذاتي المناعة. ويبدأ ظهور العوارض لدى البعض في مرحلة الطفولة، بينما يتأخر إلى سن الرشد لدى آخرين. وفي كثير من

الأحيان، يعقب المرض بعض أشكال الصدمات كالإنتان أو الحمل أو التوتر الشديد أو الإصابة الجسدية أو الجراحة. أما كيفية نشوء المرض عن هذه الحالات، فلا تزال غامضة.

### عوارض متنوعة

قد يعود تاريخ الاعتلال الجوفي إلى آلاف السنين، غير أن الباحثين لم يتمكنوا من تكوين فكرة أوضح عن المرض وعن كيفية علاجه إلا في الخمسين سنة الماضية.

والحقيقة أنه ما من حالة نموذجية. فبعض الأشخاص لا يعانون من أية عوارض، حتى أنهم قد يعيشون مع المرض لسنوات قبل أن يتم تشخيصه. أما عند وجود العوارض، فهي تتنوع بين التعب وألم البطن والإسهال المتقطع والانتفاخ وفرط خروج الريح. وينشأ التعب عن انخفاض في كريات الدم الحمراء (أنيميا). بينما يشير نقصان الوزن والبراز الكريه الرائحة والغريب اللون إلى عبور المغذيات للقناة الهضمية من دون أن يتم امتصاصها.

وقد يكشف الاعتلال الجوفي عن نفسه بعوارض أقل وضوحاً، بما في ذلك التغيرات السلوكية كالهيجان والاكنتئاب وانزعاج المعدة وألم المفاصل علاوة على التقلصات العضلية والطفح الجلدي وقروح الفم ومشاكل الأسنان والعظم والوخز في الساقين. ويتيح التقدم الذي أنجز مؤخراً في اختبارات الدم بالكشف عن الاعتلال الجوفي في مراحله الأولى. ففي حال وجود المرض، يرتفع معدل الأجسام المضادة للغلوتين لديه. وفي حال الاشتباه بوجود المرض، قد يعمد الطبيب إلى اختزاع عينة صغيرة من النسيج المعوي وفحصها للتأكد من تلف



الزغابات. ويتم الحصول على الخزعة عادةً بإدخال أنبوب مرن ورقيق (تنظير داخلي) في المعى الدقيق عبر الفم والمريء والمعدة. وتحسن العوارض بعد استبعاد الغلوتين من النظام الغذائي يعتبر دليلاً قاطعاً على الإصابة بالاعتلال الجوفي. مع ذلك لا يجب اعتماد غذاء خالٍ تماماً من هذا العنصر قبل استشارة الطبيب. فمن شأن ذلك أن يغير نتائج اختبارات الدم والخزعة ليجعلها تبدو طبيعية.

### أمراض متشابهة ولكنها مختلفة

ثمة حالات عدة تشبه الاعتلال الجوفي وتؤدي إلى سوء امتصاص المغذيات. ومن هذه الحالات الإسهال الاستوائي ومرض ويبّل والإصابة بداء الجيارديات هذا بالإضافة إلى فرط النمو البكتيري ونقص الغلوبين المناعي. ويمكن عادةً تمييز هذه الحالات عن الاعتلال الجوفي بالنظر في خصائصها. كما أنها لا تستجيب لاستبعاد الغلوتين من النظام الغذائي.

التهاب الجلد العقبولى هو داء جلدي يسبب الحكاك والتقرح، وهو ينشأ أيضاً عن عدم تحمل الغلوتين. ويظهر الطفح عادةً على المرفقين والركبتين والردفين، وقد يؤدي هذا الالتهاب الجلدي تلفاً معويّاً هاماً شبيهاً بالتلف الناجم عن الاعتلال الجوفي. غير أنه قد لا يؤدي إلى عوارض هضمية ملحوظة. أما العلاج، فيتم عبر استبعاد الغلوتين عن الغذاء إضافةً إلى أدوية لمداواة الطفح الجلدي.

طريقة جديدة للأكل



ما من عقاقير أو عمليات جراحية تشفي الاعتلال الجوفي، بل يقوم العلاج الرئيسي على الحمية. فمداواة المرض وتجنب المضاعفات يستلزمان الابتعاد عن جميع الأطعمة المحتوية على الغلوتين. ويعني ذلك جميع الأطعمة أو المكونات المصنوعة من معظم الحبوب بما فيها القمح والشعير والجوذار والشوفان. والواقع أنه ثمة خلاف حول الضرر المحتمل للشوفان نظراً للاختلافات الكيميائية في تكوين هذا النوع من الحبوب مقارنة مع غيره. ولا يزال القرار بحاجة إلى مزيد من الدراسات.

يحتاج المريض في البداية إلى أخذ فيتامينات وملحقات معدنية يصفها الطبيب أو خبير التغذية للمساعدة على التعويض عن النقص في المغذيات. ومع تحس الحالة، تقل الحاجة إلى الملحقات. فخلال بضعة أيام فقط من التوقف عن استهلاك الغلوتين، يبدأ التهاب المعى الدقيق بالزوال. غير أنّ الشفاء التام يستغرق فترة تتراوح من عدة أشهر إلى سنتين أو ثلاث.

وقد يجد المريض صعوبة في الاعتياد على نظامه الغذائي الجديد، ويصاب بالإحباط والخيبة. فمعرفة أنواع الأطعمة التي يمكن تناولها قد تستغرق عدة شهور قد يرتكب فيها المصاب بعض الأخطاء. كما أنه قد يشتهي مأكولات صارت محظورة عليه. ولكن لا يجدر الاستسلام في هذه المرحلة. فمعظم الأشخاص يتمكنون من التكيف مع الغذاء الخالي من الغلوتين، ليتحول إلى جزء من حياتهم اليومية.

وفي حال تناول طعام يحتوي على الغلوتين عرضياً، قد يؤدي ذلك إلى ألم بطن وإسهال. والواقع أنّ المقادير القليلة من الغلوتين قد لا تسبب أية عوارض ولكن من شأنها أن تكون مؤذية. فهي تؤدي مع

الوقت إلى مضاعفات طويلة الأمد، بما في ذلك الأنيميا وترقق العظم ونوبات الصرع والسرطان وإعاقة النمو لدى الأطفال. كما أنّ استبعاد الغلوتين بشكل غير منتظم يضاعف خطر سوء التغذية وغيره من المضاعفات.

### الأطعمة المحتوية على الغلوتين

معظم الأطعمة المصنوعة من الحبوب تحتوي على الغلوتين. لا تتناول هذه الأطعمة إلا إن كانت مؤلفة من الذرة أو الأرز أو إن كتب عليها بأنها خالية من الغلوتين:

- الخبز
- الحبوب
- البسكويت الهش
- المعكرونة
- الكعك المحلى
- الكيك والفتائر
- مرق اللحم
- الصلصات

### مكونات الأطعمة المحتوية على الغلوتين

- تجنب جميع المأكولات المحتوية على إحدى المكونات التالية:
- قمح (دقيق القمح، الدقيق الأبيض، نخالة القمح، جراثومة القمح، الطحين، نشاء القمح، دقيق غراهام، السيمولين).
  - شعير
  - جودار
  - شوفان (طحين الشوفان، نخالة الشوفان، دقيق الشوفان).



- Amaranth
- حنطة سوداء
- برغل
- kamut
- kasha
- matzo meal
- Quinoa
- Spelt
- Teff
- Triticale

والواقع أنّ amaranth والحنطة السوداء و quinoa خالية من الغلوتين أصلاً، ولكن غالباً ما يتم مزجها بحبوب أخرى أثناء الحصاد والمعالجة. لذا من الأفضل تجنبها إن لم تكن أكيداً من مصدرها. أما بالنسبة إلى الحبوب الجديدة التي تظهر في السوق بانتظام، فيجب ألا تتناولها قبل أن تتأكد من سلامتها من مصدر موثوق، كخبير التغذية.

#### مصادر للمساعدة

هناك الكثير من الأشخاص بإمكانهم مساعدة المريض على الاعتياد على نظام غذائي خالٍ من الغلوتين. ويأتي الطبيب وخبير التغذية في المقدمة. كما يمكن للمريض طلب المساعدة من مجموعة لدعم الأشخاص المصابين بالاعتلال الجوفي إن وجدت. هذا بالإضافة إلى عدد من المنظمات الوطنية التي تؤمن هي أيضاً خدمات للمرضى، بما في ذلك

## المشورة الغذائية. راجع قسم المصادر الإضافية في نهاية الكتاب.

### مكونات أخرى قد تحتوي على الغلوتين

غالباً ما يتم استعمال حبوب تحتوي على الغلوتين في معالجة الأطعمة. ومن غير الممكن دوماً الاعتماد على الملصق لتحديد وجود هذه المادة. فعلى سبيل المثال، قد يشير الملصق إلى وجود بروتين نباتي محلل بالماء (HVP) من غير أن يحدد ما إذا كان مصدر البروتين هو الذرة أم الصويا أم القمح. بالتالي، لا يمكن اعتباره آمناً إلا عند التأكد من أنه مصنوع من الذرة أو الصويا وليس من القمح. فيما يلي لائحة بمكونات قد يكون مصدرها حبوب محتوية على الغلوتين. لا تتناول الأطعمة المكوّنة منها إلا بعد التأكد لدى المصنّع بأنها خالية من الغلوتين:

- البروتين النباتي المحلل بالماء.
- منتجات الطحين أو الحبوب.
- البروتين النباتي.
- الشعير النابت أو نكهة الشعير النابت.
- نشاء الطعام المعدّل أو النشاء المعدّل (عندما يذكر على المنتجات الأميركية "نشاء" فقط، فيكون نشاء الذرة ويمكن بالتالي تناوله).
- العلكة النباتية.
- علكة الشوفان.
- الخل أو الخل المقطّر المصنوع من حبوب محتوية على الغلوتين أو من مصدر غير مذكور\*.



● التوابل المحتوية على الخل المقطر أو الخل المصنوع من مصدر غير مذكور\*.

● صلصة الصويا أو صلصة فول الصويا.

● وحيدات الغليسيريد أو ثنائيات الغليسيريد\*

● دكستريانات الشعير النابت\*.

● النكهات الطبيعية.

● تلوين الكاراميل.

● عصير الأرز الأسمر.

● قد لا تحتوي هذه المنتجات سوى على آثار من الغلوتين.

إذاً ماذا يمكنك أن تأكل؟

لا تحتوي جميع الأطعمة على الغلوتين ولو بدا الأمر كذلك. ومع بعض الوقت والصبر، سيكتشف المريض أنه ما زال بوسعه تناول كثير من المأكولات والتمتع بها. وتشتمل هذه الأطعمة على:

● اللحم الخالص (غير المرفق بالخبز أو المنقوع).

● الفاكهة

● الخضروات

● الأرز

● البطاطا

● معظم مشتقات الألبان.

ثمة كثير من أنواع الطحين الخالية من الغلوتين التي يمكن استعمالها لصنع الخبز والكعك وغيره من المأكولات. كما يمكن ابتياع كثير من المنتجات الجاهزة الخالية من الغلوتين. ومن شأن خبير التغذية أن يساعدك على معرفتها. كما أنّ أعضاء مجموعات الدعم



الوطنية للاعتلال الجوفي يساعدون المريض في تحديد الأطعمة التي لا تضره.

### مصادر خفية للغوتين

قد يدخل الغوتين إلى الجوف بطرق لا تخطر على بال المريض. ومن الأمثلة على ذلك انتقال المادة بالتلوث، عند احتكاك الأطعمة الخالية من الغوتين بأخرى تحتوي على هذه المادة. وقد يحدث ذلك عند مشاركة سكين ملوثة بالزبدة أو محمصة التوست أو تناول أطعمة مقلية بنفس الزيت المستعمل لقلي أطعمة محتوية على الخبز. وثمة منتجات غير الأطعمة قد تحتوي على الغوتين وهي تشتمل على:

- أدوية تستعمل الغوتين كعامل تغليف للحبوب أو الأقراص.
- أحمر الشفاه.
- طوابع البريد.

ويتمثل التدبير الأضمن بالاتصال بالمصنّع لمعرفة ما إذا كان المستحضر يحتوي على الغوتين. أما بالنسبة إلى الطوابع البريدية، فاستعمل الأنواع الذاتية الإلصاق.

ولمساعدتك أثناء التسوق، أصدرت بعض مجموعات الدعم كتيبات أو كراسات تسرد البضائع المصنّعة التي لا تحتوي على الغوتين. ويمكن الحصول على نسخ منها عبر الاتصال بمجموعة دعم المصابين بالإسهال الشحمي (TCCSSG) أو مؤسسة علاج الإسهال الشحمي (CSA). وقد ذكرت عناوين هذه المنظمات في قسم المصادر الإضافية. ولكن احرص على تجديد الدليل سنوياً.



## قراءة ملصقات الأطعمة

تشكل ملصقات الأطعمة دليلاً للحفاظ على الصحة. لذا، احرص دوماً على قراءة الملصق قبل ابتياع أي مستحضر. فبعض الأطعمة التي تبدو مقبولة للوهلة الأولى، كالأرز أو السيريال (الحبوب)، قد تحتوي على الغلوتين. أضف إلى أنّ المصنّع قد يعتمد إلى تغيير مكونات المستحضر في أي وقت. فيضاف الغلوتين إلى طعام كان في ما مضى خالياً منه. ولن تكون أكيداً من ذلك ما لم تقرأ الملصق باستمرار.

أما إن لم تضمن لك هذه الطريقة خلو الطعام من الغلوتين، فلا تأكله حتى تتبين الأمر من دليل الأطعمة الخالية من الغلوتين أو من المصنّع. ومن المستحسن البقاء على اتصال بهذا الأخير دورياً لتتأكد من أنّ معلوماتك لا تزال سارية.

### الاعتلال الجوفي وعدم تحمل اللاكتوز

نتيجة للضرر الذي يحدثه الغلوتين في المعى الدقيق، قد يصاب المريض بألم البطن والإسهال حتى عند تناول أطعمة خالية من الغلوتين. فبعض المصابين بالاعتلال الجوفي يعجزون عن تحمّل سكر اللبن (اللاكتوز) الموجود في مشتقات الألبان، وهي حالة تدعى عدم تحمل اللاكتوز. بالإضافة إلى تجنب الغلوتين، على هؤلاء أن يقللوا من الأطعمة والمشروبات المحتوية على اللاكتوز.

فور شفاء المعى الدقيق، يصبح المريض قادراً على تحمل مشتقات الألبان من جديد. غير أنّ الحالة تتواصل لدى البعض بالرغم من نجاح علاج الاعتلال الجوفي. فإن كنت

من هذه الفئة من الناس، عليك الإقلال أو تجنب المأكولات المحتوية على اللاكتوز لباقي حياتك. ومن شأن خبير التغذية أن يصف لك حمية يقل فيها معدل اللاكتوز والغلوتين على السواء. فإن كنت لا تحمل مشتقات الألبان، من الضروري الاعتماد على مصادر أخرى للكالسيوم في غذائك.

### تناول الطعام في الخارج

لا شك بأن تحضير الطعام في المنزل هو الطريقة الأضمن للحصول على غذاء خالٍ من الغلوتين. لكن هذا لا يعني الامتناع عن تناول الطعام في الخارج أحياناً. وتساعد الإرشادات التالية على الاستمتاع بعشاء خارج المنزل:

- اختر مطعماً مختصاً بتحضير أنواع الطعام التي يمكنك تناولها. وقد تفضل الاتصال بالمطعم مسبقاً لمناقشة الأطباق التي تلائم حاجاتك الغذائية.
- اقصد دوماً المطاعم نفسها لكي تتمكن من التأقلم مع قوائم الطعام ويتعرف الموظفون فيها على حاجاتك.
- اطلب من أعضاء في مجموعة الدعم التي تنتمي إليها اقتراحات حول المطاعم التي تقدم أطباقاً خالية من الغلوتين.
- اتبع نفس العادات التي تعتمدها في المنزل. اختر الأطعمة البسيطة التحضير أو الطازجة وتجنب جميع الأطعمة المحتوية على الخبز أو المغلفة بمخيض اللبن والبيض.

نصائح للطلب والأكل



في أي وقت تتناول فيه الطعام خارج المنزل، اتبع الاقتراحات التالية:

**فتش السلطة.** تأكد من خلو السلطة من فتات الخبز المحمص أو غيره من أنواع الخبز التي تم نزعها من الطبق.

**أحضر معك تتبيلة السلطة الخاصة بك.** وإلا فاستعمل للسلطة الليمون الطازج أو الخل المصنوع من عصير التفاح أو الأرز.

**لا تطلب الحساء.** إذ تحتوي معظم أنواع الحساء على الطحين أو على أساس حساء يحتوي على الغلوتين.

**تجنب المقالي.** إذ يمكن أن تعلق في نفس الزيت مع الأطعمة المحتوية على الغلوتين.

**اطلب تنظيف سطح المشواة قبل تحضير وجبتك.** وإلا فستواجه خطر تلوث طعامك بالغلوتين الآتي من طعام آخر.

**اختر البطاطا المشوية أو المسلوقة.** فالبطاطا المهروسة المحمّرة قد تحتوي على الطحين. كما أنّ البطاطا المقلية والمغلّفة تحتوي عادةً على الغلوتين.

**تجنب الصلصات بما فيها صلصات مرق اللحم.** ففي بعض الأحيان يتم تسميها بالطحين. كما أنّ صلصة الصويا غالباً ما تصنع من القمح، بالرغم من اسمها.

**تجنب الأطعمة المحتوية على صلصات.** فهي قد تحتوي على بروتين نباتي محلل بالماء.

**احمل معك البسكويت الهش المصنوع من الأرز أو الخبز الخالي من الغلوتين.** فهذا يتيح لك التمتع بالبسكويت أو الخبز مع الوجبة.

**تكيف الوجبات المفضلة**



إن كانت وجباتك المفضلة تحتوي على الغلوتين، فما زال بوسعك التمتع بها بإدخال بعض التعديلات على الوصفة. وإليك بعض الإرشادات المفيدة:

استبدل ملعقة طعام من دقيق القمح بإحدى المواد التالية:

- ملعقة صغيرة ونصف من نشاء الذرة.
- ملعقة صغيرة ونصف من نشاء البطاطا.
- ملعقة صغيرة ونصف من نشاء المَرْنُطَة arrowroot.
- ملعقتان صغيرتان من التبيوكة tapioca السريعة التحضير.

استبدل فنجاناً من دقيق القمح بإحدى المواد التالية:

- فنجان من دقيق الذرة.
- ثلاثة أرباع الفنجان من الشوفان الخالص الخشن.
- فنجان من دقيق الذرة الخالص الناعم.
- 8/5 فنجان من دقيق البطاطا.
- 4/3 فنجان من دقيق الأرز.

وعند استبدال الطحين بالذرة ستجد بأن الوصفة تتم بنجاح أكبر إن طبخ الطعام لفترة أطول على نار خفيفة. وقد تحتاج لبعض الخبرة كي تصبح قادراً على تحديد الفترة والحرارة اللازمتين. وللحصول على نتائج أفضل يمكن الجمع بين عدة مواد بديلة. مثلاً، إن كانت الوصفة تستلزم فنجانين من دقيق القمح، بوسعك استبدالهما بخمسة أثمان فنجان من دقيق البطاطا مع ثلاثة أرباع فنجان من دقيق الأرز.

### حين تكون الحمية غير كافية

حوالي 95 بالمئة من المصابين بالاعتلال الجوفي ويعتمدون غذاءً خالٍ من الغلوتين يشفون تماماً. إلا أنّ نسبة قليلة ممن أصيبت



أمعائهم الدقيقة بضرر بالغ لا تؤدي الحمية معهم إلى تحسن. وحين لا تنفع الحمية، غالباً ما يشتمل العلاج على أدوية للمساعدة على شفاء الالتهاب المعوي وغيره من الحالات الناجمة عن سوء الامتصاص.

ونظراً للمضاعفات التي يمكن أن يؤدي إليها الاعتلال الجوفي، يجب أن يخضع الأشخاص الذين لا يستجيبون للتغيرات الغذائية لمراقبة دقيقة ومنتظمة من قبل الأطباء لعلاج حالات مرضية أخرى.



### الداء الرتجي

#### علاماته وعوارضه

- ألم في أسفل الجهة اليسرى للبطن.
- ألم في البطن عند الضغط.
- ارتفاع في الحرارة.
- غثيان
- إمساك أو إسهال.

الداء الرتجي هو تعبير عام يطلق على جيوب صغيرة منتفخة تتكون في الجهاز الهضمي. ويسمى كل جيب رتجاً، وتعني الكلمة في أصلها اللاتيني الانحراف عن الطريق الطبيعي. ومن شأن الرتوج أن تتكون في أي مكان من القناة الهضمية بما في ذلك الحلق والمريء والمعدة والمعى الدقيق. أما أبرز هذه الأماكن فهو المعى الغليظ أو القولون، وخاصة الجزء الأسفل منه ويدعى القولون السيني.

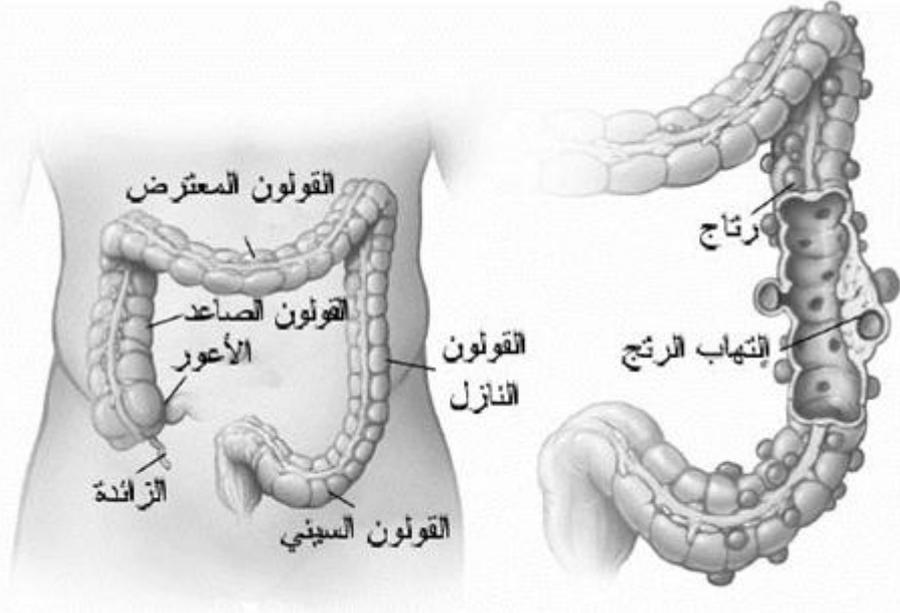
ويقسم الداء الرتجي إلى نوعين:

#### الرتاج

تعني هذه الحالة تكون رتوج في القناة الهضمية. ويعتبر الرتاج داء شائعاً، يتضاعف احتمال ظهوره مع التقدم في السن. وتشير الإحصاءات إلى أنّ نصف الأميركيين الذين يفوقون الستين من العمر لديهم رتوج في موضع ما من جهازهم الهضمي. وبما أنّ هذه الجيوب لا تسبب عادة أية مشاكل فإن كثيرين منهم يجهلون بأنهم مصابون بها.



وقد يعاني المصاب بالرتاج من تشنجات طفيفة في البطن، انتفاخ، غازات، إسهال أو إمساك. غير أنّ هذه العوارض تتجم أكثر عن حالة أخرى، كمرض تهيج الأمعاء، لا عن الرتاج. أما النزف، فليس من عوارض الرتاج عادة، ولكنه قد يطرأ لدى البعض (أنظر فقرة "حين ينزف الجيب").



يعتبر المعى الغليظ أو القولون من أبرز مواضع ظهور الجيوب الصغيرة (الرتوج). وعند التهاب الجيب أو إنتانه تدعى الحالة رتاجاً.

### التهاب الرتج

ثمة نسبة قليلة من المصابين بالرتاج يحدث لديهم التهاب أو إنتان في الرتج. ويكون الالتهاب بسيطاً لدى البعض، بينما يعاني البعض الآخر من إنتان بليغ ومؤلم. ومن أسباب هذه الحالة دخول جزء صغير من البراز في أحد الجيوب، مما يعيق جريان الدم فيه ويجعله عرضة لغزو بكتيري. وقد يحدث تمزق بسيط في الرتج، يؤدي إلى إنتانه وإلى تجمع القيح فيه أحياناً (خُراج).

ينحصر الالتهاب أو الإنتان بشكل عام في المنطقة المحيطة بالرتج مباشرة. غير أنه في حالات نادرة، ينشق الجيب ويصبّ محتوى

الأمعاء في التجويف البطني. ومن شأن ذلك أن يؤدي إلى التهاب الصفاق، أي التهاب بطانة التجويف البطني. وهي حالة طارئة تستدعي عناية طبية فورية.

خلافاً للرتاج الذي لا ترافقه عموماً أية عوارض، يسبب التهاب الرتج عادةً ألماً وارتفاعاً في الحرارة وغثياناً (أنظر فقرة "علاماته وعوارضه"). وغالباً ما يكون الألم مقتضباً وحاداً، إلا أنّ البعض يصاب بألم طفيف يسوء تدريجياً على عدة أيام. وتعتبر عوارض التهاب الرتج شبيهة كثيراً بعوارض التهاب الزائدة الدودية، باستثناء تركّز الألم عادةً في الجهة اليسرى لأسفل البطن عوضاً عن الجهة اليمنى.

ومن عوارضه الأقل شيوعاً، التقيؤ والانتفاخ والنزف، إضافةً إلى التبول المتكرر ومعاناة صعوبة أو ألم عند التبول.

### حين ينزف الجيب

تعاني نسبة قليلة من المصابين بالرتاج من نزف مستقيمي غير مؤلم. ويكون الدم داكن اللون وممتزجاً بالبراز أو أحمر يظهر على فوط المرحاض. وينجم النزف عن ضعف وعاء دموي في الجيب المنفجر.

وعادة لا يدوم النزف الناجم عن انفجار وعاء دموي لفترة طويلة، بل يتوقف من تلقاء نفسه من دون الحاجة إلى علاج. ولكن حين يكون النزف حاداً أو متواصلاً، يتم إجراء اختبارات للتأكد من موضع النزف. وفي بعض الأحيان، تتمثل الطريقة الوحيدة لإيقافه باستئصال الجزء المعوي الذي يحتوي على الجيب الناظر.



## مشكلة ناجمة عن الضغط

والواقع أنّ سبب ظهور الرتوج لدى أناس دون آخرين لا يزال غير واضح. ولكن ثمة ثلاثة عوامل يبدو بأنها تؤدي دوراً في ذلك:

### نقاط ضعف في جدار القولون

تحيط بالقولون طبقة من العضلات التي تتقلص تكراراً لدفع بقية الطعام إلى المستقيم. وتمر الأوعية الدموية بالحلقة العضلية لإيصال المغذيات إلى الطبقة الداخلية من جدار القولون. وتعتبر مواضع الأوعية الدموية ضعيفة البنية مقارنةً ببقية هذا الجدار المعوي. وعند الضغط أثناء التبرز، يتزايد الضغط داخل القولون مما يؤدي إلى بروز هذه النقاط الضعيفة.

### التقدم في السن

استناداً إلى الدراسات، تزداد سماكة الجدار العضلي الخارجي للقولون مع التقدم في السن، مما يؤدي إلى تضيق مجراه الداخلي. ويسبب هذا التضيق زيادة الضغط داخل القولون ومضاعفة خطر تكون الجيوب. أضف إلى أنّ ازدياد سماكة الجدار الخارجي تقلص قدرة القولون على دفع الطعام الذي يبقى فيه لمدة أطول، ليمارس ضغطاً على الأنسجة الداخلية.

### قلة استهلاك الألياف

ظهر الداء الرتجي بعد البدء باستعمال مطاحن الفولاذ التي تقلص كثيراً محتوى الطحين وغيره من الحبوب من الألياف. وتم تشخيص المرض للمرة الأولى في الولايات المتحدة في بدايات القرن العشرين. وهو يعتبر اليوم أكثر شيوعاً في البلدان الصناعية، كالولايات المتحدة، التي يتميز الغذاء فيها بمعدل مرتفع من الكربوهيدرات المكررة مقابل



انخفاض في معدل الألياف. أما البلدان التي تعتمد غذاءً غنياً بالألياف، فيندر فيها الداء الرتجي.

والواقع أنّ قلة الألياف تساهم في تجميد البراز وخروجه بصعوبة على أجزاء صغيرة، مما يضاعف الضغط داخل القولون. وأكثر ما يرتفع الضغط في القولون السيني الذي تتواجد فيه معظم الرتوج.

### كشف المرض

بما أنّ الرتوج لا تسبب مشاكل في أغلب الحالات، فإن معظم المصابين بالرتاج يكتشفون الحالة أثناء اختبارات الكشف الروتينية لسرطان القولون والمستقيم أو لحالة معوية أخرى. فيظهر تنظير القولون أو تنظير القولون السيني أو صور الأشعة للقولون وجود جيب أو أكثر.

أما التهاب الرتج، فيتم تشخيصه أثناء النوبة. فيفحص الطبيب بطن المريض لمعرفة ما إذا كان يشعر بالألم عند الضغط أو اللمس. وقد يخضعه أيضاً لتحليل دم للتحقق من عدد كريات الدم البيضاء. فارتفاع عدد هذه الكريات والشعور بالألم عند الضغط على الجهة اليسرى لأسفل البطن قد يكونان علامة لالتهاب الرتج. ومن شأن اختبارات التصوير، كالتصوير المقطعي بالحاسوب، أن تسمح برؤية جيب أو أكثر مصاب بالالتهاب أو الإنتان.

وقد تم شرح عمليات التشخيص بشكل مفصل في الفصل الرابع.

### يبدأ العلاج بال العناية الذاتية

إنّ كيفية علاج الحالة يعتمد على العوارض وعلى ما إذا كانت الجيوب مصابة بالالتهاب أو الإنتان. ففي حال غياب العوارض أو قلتها، يمكن علاج المريض بإدخال بعض التغييرات على عاداته

اليومية. ومن شأن التغييرات نفسها أن تمنع أيضاً وقوع نوبة أخرى لالتهاب الرتج.

ويتمثل مفتاح العلاج في تقليص الضغط داخل القولون. وللقيام بذلك، اتبع الإرشادات التالية:

### أكثر من الألياف

فالأطعمة الغنية بالألياف، كالفاكهة الطازجة والخضروات والحبوب الكاملة، تليّن البراز وتساعد على مروره بسرعة أكبر عبر القولون. وهذا ما يخفف من الضغط داخل القناة الهضمية.

حاول التوصل إلى استهلاك 25 إلى 30 غراماً من الألياف يومياً. ويتضمن الفصل الثاني، صفحة 28، جدولاً ببعض الأطعمة الغنية بالألياف. فاعمد إلى استبدال المأكولات الدهنية بالفاكهة والخضروات والحبوب.

والحقيقة أنّ الذين يعانون من عوارض طفيفة لالتهاب الرتج، غالباً يبدأون بالشعور بالتحسن بعد أسبوع أو اثنين. ولكن يجب الحرص على عدم مضاعفة معدل الألياف مرة واحدة. فمن شأن ذلك أن يسبب غازات وتشنجات مصحوبة بانفخ وإسهال. حاول بالتالي زيادة الكمية تدريجياً على مدة أسبوعين.

وفي حال وجدت صعوبة في استهلاك 25 إلى 30 غراماً من الألياف في اليوم، ناقش مع الطبيب إمكانية استعمال ملحق ألياف طبيعية بانتظام. وتتضمن هذه الملحقات أنواعاً غير موصوفة مثل Metamucil و Citrucel. وهي غالباً ما تزيل الإمساك في غضون يوم إلى ثلاثة أيام كما أنها تساعد على منع الإصابة به. وتعتبر ملحقات



الألياف مأمونة إجمالاً. ولكن نظراً لشدة امتصاصها، يجب تناول الكثير من الماء معها، وإلا سببت الإمساك.

### لا تخشى البذور

لربما سمعت أو قرأت بأنه من الخطر تناول أطعمة تحتوي على بذور كتلك الموجودة في التوت أو الفراولة، لأن البذور قد تعلق في الرتج مسببة الالتهاب أو الإنتان. والواقع أنّ هذا الادعاء لم تثبت صحته أبداً. ولا يجب الانقطاع عن الفاكهة الصحية المحتوية على بذور خوفاً من الإصابة بإنتان. فما تحتويه هذه الفاكهة من ألياف يشتمل على فوائد تفوق خطر الإصابة بالتهاب رتجي.

### أكثر من السوائل

تؤدي الألياف دور اسفنجة في القولون تمتص الماء من البراز. ولكن مع زيادة كمية الألياف التي تتناولها، احرص على الإكثار من السوائل، لتجنب الإصابة بالإمساك. لذا، اشرب يومياً 8 أكواب (سعة الكوب 8 أونصات) من الماء أو غيره من المشروبات الخالية من الكافيين أو الكحول.

### لا تتجاهل حاجتك إلى التبرز

عندما تشعر بالحاجة إلى التبرز لا تؤجل دخول الحمام. فتأخير التبرز يؤدي إلى زيادة صلابة البراز مما يستلزم قوة أكبر لإخراجه، وبالتالي مزيداً من الضغط داخل القولون.

### مارس الرياضة بانتظام

فالتمارين الرياضية تساعد الأمعاء على أداء وظيفتها بشكل طبيعي كما تخفف من الضغط داخل القولون. حاول بالتالي التمرن لثلاثين



دقيقة معظم أيام الأسبوع. ويتضمن الفصل الثاني معلومات عن أنواع التمارين الأنسب.

### متى يتم اللجوء إلى الدواء أو الجراحة

عندما تلتهب إحدى الجيوب الهضمية أو تصاب بالإنتان، تصبح الحالة بحاجة إلى أكثر من العناية الذاتية. فيخضع المريض للاستشفاء أو للعلاج في المنزل وذلك بالاعتماد على حدة الحالة. وتشير الإحصاءات إلى أنّ حوالي نصف المصابين بالتهاب الرتج يحتاجون للاستشفاء، بمن فيهم من يعاني من التقيؤ أو ارتفاع الحرارة أو ارتفاع عدد الكريات البيضاء أو احتمال انسداد الأمعاء أو الأشخاص الذين يواجهون خطر التهاب الصفاق. كما يزداد احتمال الخضوع للاستشفاء إن كان المريض متقدماً في السن أو مصاباً بمرض آخر أو يعاني من ضعف في الجهاز المناعي.

ويشتمل العلاج غير الجراحي لالتهاب الرتج على:  
الراحة والحمية. فبضعة أيام من الراحة تعطي الإصابة وقتاً للشفاء. كما أنّ الغذاء المنحصر بالسوائل أو بالأطعمة التي ينخفض فيها معدل الألياف يخفف تقلصات القولون ويسمح له بالراحة والشفاء. أما في حالات الغثيان والتقيؤ الحادة، فيجب على المريض تجنب جميع الأطعمة والاكتفاء بالسوائل عبر الوريد.

فور زوال العوارض، وغالباً ما يتم ذلك في غضون يومين إلى أربعة أيام، يمكن البدء بتناول أطعمة إضافية ومضاعفة معدل الألياف تدريجياً.

المضادات الحيوية. تقتل المضادات الحيوية البكتيريا المسببة للإنتان. وتجدر الإشارة هنا إلى ضرورة متابعة العلاج بالمضاد

الحيوي حتى نهايته، حتى بعد الشعور بالتحسن بعد بضعة أيام. مسكنات الألم. إن ترافقت العوارض بألم معتدل إلى حاد، قد يصف الطبيب مسكناً موصوفاً أو غير موصوف لعدة أيام إلى أن يزول الألم.

وغالبا ما تتجح هذه الممارسات، أي الراحة والغذاء القليل الألياف والمضادات الحيوية وأحيانا المسكنات، في علاج النوبة الأولى لالتهاب الرتج. ولكن لسوء الحظ، تتراجع استجابة النوبات المتكررة لهذه التدابير البسيطة، وقد يستدعي الأمر عناية أكثر تعقيداً.

ويختلف احتمال حدوث أكثر من نوبة واحدة من التهاب الرتج من شخص إلى آخر. وبالنسبة إلى معظم المصابين، يصل احتمال تكرار النوبة إلى 30 بالمئة. غير أنه من الممكن المساعدة على منع حدوث نوبة أخرى بزيادة استهلاك الألياف وممارسة الرياضة قدر الإمكان.

### جراحة التهاب الرتج

قد يشير استمرار الألم أو ارتفاع الحرارة لأكثر من عدة أيام إلى حدوث مضاعفات تستدعي علاجاً فورياً يقوم غالباً على الجراحة. وتشتمل المضاعفات على التهاب الصفاق أو انسداد القولون أو خراج أو ناسور. والناسور هو عبارة عن مجرى غير طبيعي يتكون بين عضوين، كالقولون والمرارة، وينجم عن اعتلال أحد الأعضاء.

وتجنباً لحدوث إنتانات في المستقبل، غالباً ما ينصح الأطباء من يصابون بالتهاب رتجي متكرر بإجراء جراحة لاستئصال الجزء المصاب من القولون. وثمة نوعان من الجراحة:

الاستئصال الجزئي الأولي للمعى. وهي الجراحة المعتمدة للمصابين بالتهاب الرتجي ولا يحتاجون لجراحة طارئة. فبعد



استئصال الجزء المريض من المعى، يتم وصل القولون من جديد (مُفاغرة). وهذا ما يحفظ مجرى البراز ليتمكن القولون من العمل بصورة طبيعية.

ويساعد امتداد الالتهاب وغيره من المضاعفات على تحديد نوع الجراحة التي سيتم إجراؤها، تقليدية أم تنظيرية. ففي الجراحة المفتوحة التقليدية، يصنع الجراح شقاً واحداً طويلاً في البطن. أما في جراحة البطن التنظيرية، فيتم صنع ثلاثة أو أربعة شقوق صغيرة في بطن المريض. وتعتبر الجراحة التنظيرية مأمونة ووقت شفائها قصير. غير انه لا يُنصح بها عموماً بالنسبة إلى المرضى البدينين أو المصابين بالتهاب بالغ.

**الاستئصال الجزئي للمعى مع مفاغرة القولون.** يتم اللجوء إلى هذه الجراحة في حال إصابة القولون بالتهاب البالغ يجعل إعادة وصل القولون والمستقيم عملية غير مأمونة. لذا يقوم الجراح أثناء العملية التي تسمى مفاغرة القولون باستئصال الجزء المريض من القولون، ثم يغلق المستقيم ويصنع فوهة في جدار البطن. ويتم بعد ذلك وصل القولون بالفوهة، ليمر البراز عبرها إلى كيس.

وتكون مفاغرة القولون عملية مؤقتة أو دائمة. فبعد عدة أشهر، حين يشفى الالتهاب، قد يقوم الطبيب بجراحة أخرى لإعادة وصل القولون والمستقيم. ومن الأهمية بمكان مناقشة فوائد ومخاطر عملية كهذه مع الطبيب قبل إجرائها.

## **الداء الرتجي والسرطان**

ما من دليل على أنّ الرتاج أو الالتهاب الرتجي يضاعفان خطر الإصابة بسرطان القولون أو المستقيم، أو احتمال تكوّن أورام سابقة

للسرطان (سليلات) في بطانتيهما. ولكن، من شأن الداء الرتجي أن يعيق تشخيص السرطان. وليس من الواضح غالباً ما إذا كان النزف المستقيمي عائد إلى انفجار وعاء دموي في أحد الجيوب أم إلى سرطان صغير. كما أنّ تكون نسيج ندبي في المستقيم والقولون بسبب الالتهاب الرتجي قد يخبئ السرطان الأولي، ويجعل من الصعوبة كشفه.

والواقع أنه بعد الشفاء من نوبة التهاب رتجي، قد يرغب الطبيب بإجراء تنظيف للقولون لاستبعاد سرطان في القولون أو المستقيم. وقد يوصي أيضاً بالتقريب بين اختبارات الكشف عن السرطان.



### حصى المرارة

#### العلامات والعوارض

- ألم في أعلى البطن.
- ألم في الظهر أو الصدر أو عظم الكتف الأيمن.
- غثيان وتقيؤ.

حان وقت النوم، ولكنك عاجز عن ذلك. إذ تشعر بألم متواصل في أعلى البطن لا تنجح في إزالته لا مضادات الحموضة ولا المسكنات. وتحاول تغيير وضعيتك، فتقف أو تتحني أو تتمدد، ولكن عبثاً. فلا شيء ينفع لتخفيف الألم. وبعد برهة، تبدأ بالشعور بالغثيان وبأن الألم يمتد إلى أسفل الصدر والظهر. وفي النهاية، تقرر اللجوء إلى الطوارئ ظناً منك بأنك مصاب بنوبة قلبية.

وبعد الفحص الطبي والاختبارات، تكتشف بأن سبب الأوجاع ليس القلب بل المرارة. ويطراً ألم المرارة، أو ما يدعى عادة نوبة المرارة، عندما يعلق الحصى الموجود فيها في عنق المرارة أو في المجرى المراري وتسد فتحتها. وهذا ما يؤدي إلى تزايد الضغط في المرارة مع تقلصها ببطء مسببة الألم المتواصل وغالباً الغثيان.

والواقع أنّ حصى المرارة هي حالة شائعة يعاني منها واحد من بين كل 10 أميركيين. وهي لا تسبب أية عوارض لدى معظم الناس ولا تستدعي علاجاً. ولكن لدى 20 بالمئة من المصابين، تسبب الحصى نوبة مرارة. في الواقع يشكل استئصال المرارة أحد أكثر العمليات



الجراحية شيوعاً في الولايات المتحدة. إذ تشير الإحصاءات إلى أن 500 ألف أميركي يخضعون لهذه العملية سنوياً.

### كيف تتكوّن الحصى

المرارة أو الحويصلة الصفراوية هي عبارة عن كيس على شكل إجاصة بطول 3 إلى 6 إنش وتتراوح عرض نقطة فيها بين 1 و2 إنش. وتمتد المرارة تحت الكبد في الجهة اليمنى لأعلى البطن وتؤدي دور خزان للعصارة الهضمية (الصفراء) التي ينتجها الكبد. وتتألف الصفراء جزئياً من الماء والالكتروليت والكولسترول والبيليبروبين. البيليبروبين هو عبارة عن مادة صفراء مخضرة يفرزها الكبد وتعطي للصفراء لونها. وفي حال ارتداد هذه المادة إلى الدم، فهي تؤدي إلى تحول لون البشرة والعينين إلى الأصفر (اليرقان). وتحتوي الصفراء أيضاً على أملاح الصفراء وعلى الليسيتين الكيميائي، وهي تعمل معاً على إذابة الكولسترول كما تتيح للكبد إفرازه.

عند تناول وجبة تحتوي على الدهن أو البروتين، تتقلص المرارة وتفرغ الصفراء عبر أنابيب صغيرة تدعى مجاري صفراوية تؤدي إلى الجزء الأعلى من المعى الدقيق (الاثني عشري). وتساعد الصفراء المعى الدقيق على هضم الدهن وبعض الفيتامينات وامتصاصها. ولكن عندما يختل التوازن الكيميائي لهذه العصارة الهضمية، تتحول إلى جزيئات صلبة، قد تكبر لتصبح حصى بحجم حبة من الرمل أو أكبر من طابة غولف. والواقع أنّ في 20 بالمئة من الحالات، ثمة حصى واحدة في المرارة. أما في النسبة المتبقية فتتعدد الحصى وقد يبلغ عددها مئات أو حتى آلاف، وتدعى أحياناً "رملاً".



والواقع أنّ كثيراً من العوامل تساهم في تكون حصى المرارة، كثير منها لم يفهم بوضوح حتى الآن. ومن العوامل المعروفة:

**كثرة الكولسترول.** في الحالات الطبيعية، تحتوي الصفراء على كمية من الأملاح المرارية والليسيثين تكفي لإذابة الكولسترول الذي يتم إفرازه. غير أنّ الكولسترول لا يذوب بسهولة. وفي حال ارتفع مستواه في الصفراء عما يمكن إذابته، يتحول الفائض إلى بلورات تتصهر في حصة واحدة أو أكثر، بأشكال وأحجام مختلفة. وتساهم البدانة والتأهب الوراثي في حدوث هذه العملية.

**تفريغ غير تام أو غير منتظم للمرارة.** قد تفشل المرارة في التخلص والتفريغ كما يجب. ويحدث ذلك أثناء الحمل والصيام الطويل. وكلما طال بقاء الصفراء في المرارة، تزايد امتصاص المرارة للماء وصارت الصفراء أكثر تركّزاً. والصفراء الشديدة التركيز قد تصبح "موحلة" وتتحول إلى أرض خصبة لتكوّن الحصى.

## أنواع الحصى

ليس لجميع الحصى التركيبية نفسها. بل ثمة ثلاثة أنواع: **حصى الكولسترول.** تتألف من الكولسترول الذي عجزت الصفراء عن إذابته. واستناداً إلى الإحصاءات، فإن 80 إلى 85 بالمئة من حصى المرارة في الولايات المتحدة وأوروبا مكون من الكولسترول بشكل أساسي. ويتكون البعض منها من الكولسترول الخالص، ولكن غالباً ما تحتوي الحصى أيضاً على كميات ملحوظة من مكونات أخرى كالبيليروبين والكالسيوم. وهي تدعى أحياناً حصى مختلطة.

**الحصى الخضابية.** يتكون هذا النوع من الحصى عندما يرتفع معدل البيليروبين في الصفراء. وتكون الحصى الخضابية ذات لون

بني داكن أو أسود صغيرة الحجم عموماً. أما سبب تكونها فغير واضح دوماً. إذ تُعزى بعض الحالات إلى فرط إفراز البيليروبين الناجم عن التندب الحاد للكبد (تشمّع أو تليف الكبد)، أو عن فرط تدمير وإزالة الكريات الحمراء أو ما يدعى طبياً بفقر الدم الانحلالي.

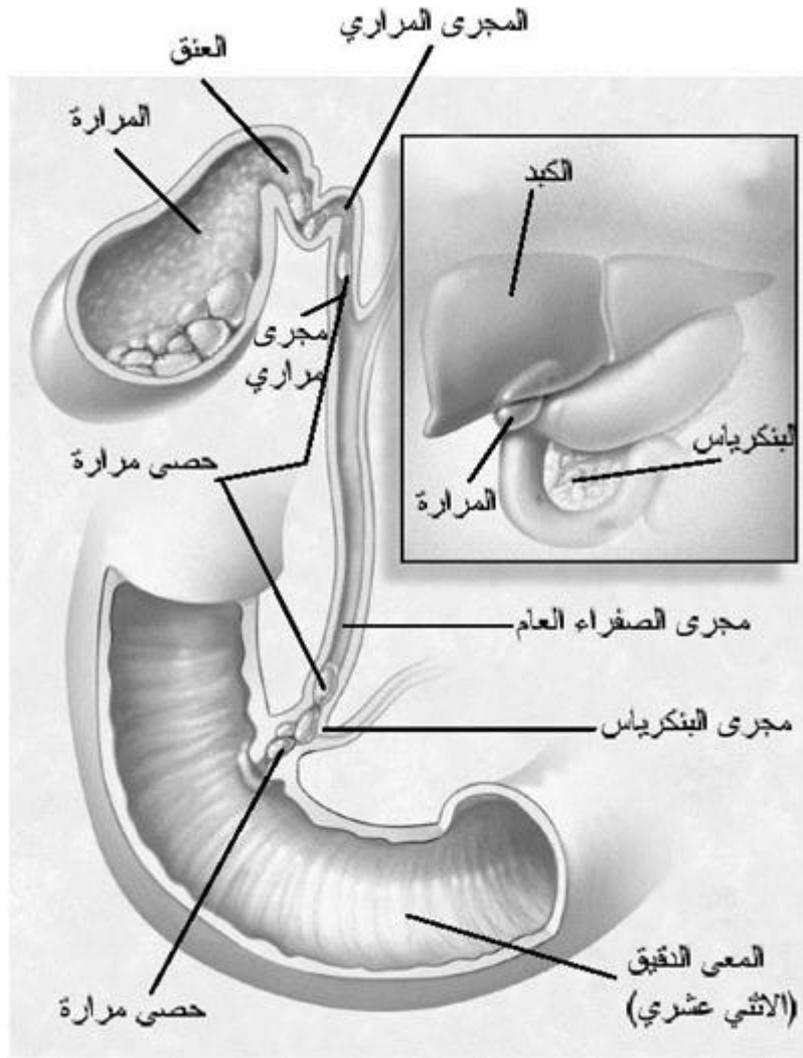
**الحصى الأولي للمجرى الصفراوي.** تعرف حصى الكولسترول والحصى الخضابية التي تخرج وتتحبس في المجاري الصفراوية بحصى المجاري الثانوي أو المنحبس. أما حصى المجاري الأولي فهو يتكوّن داخل المجاري الصفراوية. تكون هذه الحصى عادةً لينة وبنية اللون، ومؤلفة من الصفراء المتحللة.

### **كيف تحدث النوبة؟**

تستقرّ الحصى عادةً في أسفل المرارة ولا تسبب في معظم الأحيان مشاكل تذكر. ومع أنّ بعض الأشخاص يعزّون عوارض الحرقة أو عسر الهضم أو الانتفاخ إلى حصى المرارة، ما من إثبات على أنّ اعتلال المرارة يسبب هذه العوارض.

والواقع أنّ المشاكل الفعلية لا يمكن أن تبدأ إلا حين تنتقل الحصى إلى عنق المرارة أو المخرج. فحين تنقلص المرارة لطرد الصفراء إلى المعى الدقيق، تهرب الحصى أو تحاول الهروب. ويمكن للحصى الدقيق أن يمر عبر المجاري الصفراوية عادةً، ليدخل المعى الدقيق ويغادر الجسد من دون مشاكل. أما الحصى الكبيرة فقد تظل عالقة في مدخل المجرى المراري، داخل مجرى صفراوي أو عند مدخل المعى الدقيق (أنظر التوضيح).





تقع المرارة خلف الكبد في أعلى الجهة اليمنى للبطن. وتطراً نوبة المرارة حين تتكون الحصى فيها وتنحبس في عنقها أو في المجرى المراري المؤدي إلى مجرى الصفراء العام (الرئيسي). ومن شأن حصى المرارة التي تسد مجرى الصفراء العام أو مجرى البنكرياس أن تسبب التهاب المجاري الصفراوية أو التهاب البنكرياس.

وحين تسدّ حصاة جريان الصفراء، تؤدي إلى ألم معتدل إلى حاد مصحوب بغثيان، وهذا ما يعرف بنوبة المرارة. وتدوم النوبة من 15 دقيقة إلى عدة ساعات. وعادةً، تسقط الحصاة العالقة في مدخل المجرى المراري عائدة إلى قعر المرارة بعد انتهاء النوبة. أما إذا لم تُخلي الممر، فقد تصاب المرارة بالالتهاب والإنتان. وتشتمل العوارض الأخرى على ارتفاع في الحرارة وقشعريرة وتحول لون البول إلى الداكن



ويرقان وشحوب لون البراز، وهي تظراً اعتماداً على مكان انحباس الحصى.

هذا بالإضافة إلى الحالات التالية:

- إن بقي المجرى المراري مسدوداً، قد تصاب المرارة بالإنتان حتى أنها تتفجر أحياناً. غير أن انفجار المرارة هو حالة نادرة لا تظراً سوى لدى حوالي 1 بالمئة من المصابين بالتهاب حاد.
- إن عقلت حصى في مجرى الصفراء العام، فهي تسد تدفق الصفراء من الكبد، وقد تؤدي إلى الإصابة باليرقان المصحوب بارتفاع في الحرارة وقشعريرة وإنتان الدم.
- من شأن الحصى التي تتجمع عند مدخل المعى الدقيق أن تسدّ المجرى البنكرياسي مسببة التهاب البنكرياس.

### هل أنت معرض لنوبة مرارة؟

إنّ سبب تكوّن حصى المرارة لدى أشخاص دون آخرين لا يزال غير واضح. ولكن يبدو بأنه ثمة عوامل تضاعف خطر الإصابة: أن يكون الشخص أنثى. فالإصابات بحصى المرارة لدى الإناث تعادل ضعف الإصابات لدى الذكور. وربما يُعزى ذلك إلى هرمون الإستروجين الذي يدفع الكبد إلى إفراز كمية أكبر من الكولسترول في الصفراء.

أضف إلى أنّ الحمل وأقراص منع الحمل والعلاج ببديل هرموني تضاعف هي أيضاً مستوى الكولسترول في الصفراء، وتقلص قدرة المرارة على تفريغ الصفراء تماماً. مع ذلك، لا يجب إيقاف تعاطي أقراص منع الحمل أو العلاج ببديل الهرمون خشية من تكون حصى



في المرارة من دون استشارة الطبيب. ذلك أنّ فوائد الدواعين قد تفوق في أهميتها خطر تكوّن الحصى.

**الوزن الزائد.** برهنت عدة دراسات على أنه كلما ازداد الوزن، تعاضم خطر الإصابة بحصى المرارة. إذ يتضاعف خطر تكون الحصى لدى البدنيين من الناس من ثلاث إلى سبع مرات أكثر من أصحاب الوزن الطبيعي. فذوي الوزن الزائد يميلون إلى تكديس كمية أكبر من الكولسترول في الصفراء. كما أنّ فائض الوزن يخفف من تكون ملح الصفراء ومن قدرة المرارة على التقلص والتفريغ.

**الغذاء والحمية الغذائية.** إنّ الغذاء الذي ترتفع فيه معدلات الدهن والسكر، والمقترن بقلة الحركة، يضاعف خطر الإصابة بحصى المرارة. كما يزداد الخطر بسبب الصيام أو فقدان الوزن السريع وذلك نتيجةً لتغيّر مستويات أملاح الصفراء والكولسترول واختلال التوازن الكيميائي للصفراء.

لذا يصف بعض الأطباء عقاراً من ملح الصفراء (يورسوديول) مع برامج تخفيف الوزن منعاً لاحتمال تكدّس الكولسترول المكوّن للحصى. ويساعد هذا الملح على إذابة الكولسترول عبر إعادة التوازن الكيميائي إلى الصفراء.

**السن.** يتزايد خطر تكوّن الحصى مع التقدم في السن. إذ تشير الإحصاءات أنه بعد بلوغ سن السبعين، 10 إلى 15 بالمئة من الرجال و25 إلى 30 بالمئة من النساء لديهم حصى في حويصلاتهم الصفراوية. ويُعزى أحد الأسباب إلى أنّ الجسد يميل مع التقدم في السن لإفراز كمية أكبر من الكولسترول في الصفراء.



التاريخ العائلي. غالباً ما تتواجد حالات حصى المرارة في العائلة الواحدة، مما يشير إلى رابطة وراثية محتملة. وقد تم التعرف على جينتين تسببان تكون حصى المرارة لدى الفئران ويتم البحث عنهما في الجسم البشري.

العرق. تعتبر حصى المرارة أكثر انتشاراً بين هنود أميركا في الولايات المتحدة، يتبعهم ذوي الأصول الإسبانية. وبين هنود بيما في أريزونا، فإن 70 بالمئة من النساء يصابون بالحصى في سن الثلاثين. كما أنّ معظم الهنود الأميركيين تتكون لديهم الحصى لاحقاً. أما الشعوب المتحدرة من أصل آسيوي أو أفريقي فهي الأقل عرضة للإصابة بحصى المرارة.

### هل يمكن منع حصى المرارة من التكون؟

توصي بعض الوصفات المنزلية بشرب زيت الزيتون أو عصير التفاح أو الليمون لحفز المرارة على تفرغ الحصى الصغير. غير أنّه ليس لهذه الممارسات أصل من الصحة. والواقع أنه ما من غذاء أثبت قدرته على منع تكوّن حصى المرارة. ولكن ثمة تدبيرين يمكن أخذهما لتقليل خطر الإصابة: حافظ على وزن صحي وتجنب الغذاء السيئ الذي ينخفض فيه مدخول السرعات الحرارية وينخفض فيه الوزن بسرعة.

وثمة ما يشير إلى أنّ الرياضة تساعد على منع الحصى من التكوّن، بالرغم من عدم إثبات هذا الافتراض علمياً. فقد وجدت إحدى الدراسات بأنّ الرجال الذين يمارسون الرياضة بانتظام وبقوة لثلاثين دقيقة يومياً ينخفض لديهم خطر

الإصابة بنوبات المرارة بنسبة 34 بالمئة عن الرجال الذين لا يتمرنون. ويفترض الباحثون بأنه من شأن التمارين أن تساعد على تثبيت توازن الصفراء الكيميائي، مانعةً تكوّن الحصى.

## كشف الحصى

إن اشتبه الطبيب بوجود حصى في المرارة، يخضع المريض على الأرجح لوحد أو أكثر من الاختبارات التالية لتحديد موقع الحصى: الموجات ما فوق الصوتية. هي عملية غير مؤلمة تدوم لحوالي 15 دقيقة. ويمكن لهذه الموجات أن تكتشف حصى المرارة بدقة 95 بالمئة، غير أنّ نسبة الدقة تتراجع إن كانت الحصى قد انتقلت إلى مجاري الصفراء.

التصوير المقطعي بالحاسوب. من شأن الصورة المقطعية للبطن أن تكشف حصى تحتوي على معدلات مرتفعة من الكالسيوم. أضف إلى أنه أثناء النوبة، قد تبدو المرارة أكثر سماكة في الصورة المقطعية أو الموجات ما فوق الصوتية. ويحتوي الفصل 4 على معلومات أكثر حول هذه الاختبارات التشخيصية.

تصوير النويدات الشعاعية. يتم إعطاء كمية صغيرة من مادة شعاعية متتبعة عبر الوريد، يعقب ذلك صورة للمرارة لمعرفة ما إذا كانت المادة المتتبعة قد بلغت. ويشير عدم وصول المادة إلى وجود حصاة تسد فتحة المرارة أو المجرى المراري.

اختبارات الدم. إن ارتفاع مستوى بعض المواد في الدم، بما في ذلك البيليروبين وفوسفات الألكالين وأنزيمات حفز الانتقال الأميني، قد يشير إلى انسداد مجرى الصفراء.



التصوير الرجوعي التنظيري لمجري الصفراء والبنكرياس. هي عملية أكثر صعوبة ولكنها تسمح للطبيب بأخذ صور لمجري الصفراء. فيتم تمرير أنبوب مرن مجهز بكاميرا (منظار) عبر أعلى القناة الهضمية إلى فتحة مجرى الصفراء العام. ثم تحقق صبغة عبر قسطرة موجودة داخل الأنبوب في مجرى الصفراء العام لإظهار مجري الصفراء على أفلام أشعة إكس. وفي حال اكتشاف حصاة في أحد المجاري، يمكن عادة نزعها فوراً بواسطة أدوات معلقة في المنظار.

### خيارات العلاج

يتمثل العلاج الأفضل عادة للحصى بالانتظار والمراقبة. وهذا ما ينصح به دوماً في حالات "الحصى الصامتة" التي لا تسبب عوارض أو مشاكل أخرى. وغالباً ما يتم اكتشاف الحصى الصامتة صدفة، أثناء اختبارات لحالات صحية أخرى.

ولكن عند الإصابة بنوبة واحدة أو أكثر، سينصح الطبيب على الأرجح بإجراء جراحة، ما لم يكن ثمة مشاكل صحية تجعل الجراحة شديدة الخطورة.

### الجراحة

تعتبر جراحة استئصال المرارة مأمونة وفعالة عموماً. وهي تشكل العلاج الأكثر شيوعاً لحصى المرارة التي لا تعتبر عضواً حيوياً تماماً. كما أنّ الحصى تعود إلى التكون فيها من جديد في حال إبقائها. ويتم استئصال المرارة بوحدة من هاتين الطريقتين:

**الجراحة المفتوحة.** يندر اليوم اللجوء إلى هذه الجراحة التي يتم فيها استئصال المرارة عبر شق كبير في البطن. وينصح الطبيب بالجراحة المفتوحة إن كانت جدران المرارة سميكة وقاسية، أو في حال

وجود نسيج ندبي نتيجة لجراحة سابقة في البطن. ويستلزم الشفاء ملازمة المستشفى لأسبوع يتبعه ثلاثة أسابيع في البيت.

**الجراحة التنظيرية للبطن.** تتم الغالبية العظمى من جراحات استئصال المرارة بصنع أربعة شقوق صغيرة في البطن عوضاً عن شق واحد كبير. ويصنع الجراح مجاًلاً لفحص البطن عبر ملئه بثاني أكسيد الكربون، الذي يُحقن بواسطة أنبوب يدخله الجراح في شق بطول نصف إنش إلى إنش واحد قرب السرة. ثم يصنع بعد ذلك ثلاثة شقوق أخرى صغيرة لإدخال الأدوات الجراحية. وتحتوي إحدى الأدوات على منظار لرؤية المرارة، بينما تكون الأخرى مجهزة بأداة قطع تعمل على الليزر أو الكهرباء لاستئصال المرارة.

وتستدعي هذه الجراحة عادة ملازمة المستشفى لليلة واحدة فقط. كما أنّ فترة الشفاء قصيرة أيضاً لأنّ الجراحة لم تشمل عضلات البطن، وهو ما يستلزم فترة شفاء طويلة. ومن حسناتها أيضاً أنها تسبب ألماً وندباً أقل بعد الجراحة.

#### الخيارات غير الجراحية

يعتمد الطبيب إحدى وسائل العلاج التالية إن كان المريض يعاني من مضاعفات أو من مشاكل صحية أخرى تجعل الجراحة غير مأمونة. ولكن من أبرز مساوئ هذه البدائل غير الجراحية هي عودة الحصى إلى التكوّن عادةً:

**أقراص ملح الصفراء.** تعمل أقراص ملح الصفراء على إذابة حصى الكولسترول في غضون عدة شهور أو سنوات. غير أنها لا تتجح مع الحصى الخضابية. ويفضل معظم الأطباء استعمال عقار يورسوديول (Actigall) لأنه أكثر الأدوية أماناً ويسبب عدداً أقل من الآثار



الجانبية، أبرزها إسهال طفيف عرضي. ولا يعمل هذا الدواء إلا مع الحصى المحتوية على كميات كبيرة من الكولسترول من دون كميات ملحوظة من الكالسيوم، وحين يكون المجرى المراري المؤدي إلى المرارة مفتوحاً بما يتيح للصفراء بالدخول والخروج بشكل طبيعي. غير أنّ مفعول اليورسوديول غير دائم، فالحصى تميل إلى التكون من جديد لدى نصف الذين يتعاطون الدواء وذلك في غضون عشر سنوات بعد العلاج ما لم يستمر المريض باستعمال الدواء على الدوام. أضف إلى أنّ يورسوديول مرتفع الثمن.

**حقن عقار MTBE.** يتم في هذه العملية المخبرية حقن عقار MTBE (methyl tertiary butyl ether) في المرارة عن طريق قسطرة لإذابة حصى الكولسترول. ولا يتم اللجوء إلى هذه العملية التي تستلزم مهارة وخبرة إلا عندما تستوجب الحالة إذابة الحصى بسرعة، أو عندما يكون المريض شديد العرضة لمضاعفات الجراحة أو التخدير العام. والواقع أنّ MTBE هو مخدر ومُذيب سائل يجب استعماله بحذر. وبالرغم من أنّه يذيب حصى الكولسترول، غالباً ما تتكون الحصى ثانية، ما لم يستمر المريض بأخذ أقراص يورسوديول بعد الجراحة.

**العلاج بالموجات الصوتية.** ويعرف بتفتيت الحصى بصدمات الموجات من خارج الجسد. يعتبر هذا العلاج أكثر استعمالاً وفاعلية في تفتيت حصى الكلى من استخدامه في حالات المرارة. إذ أنه يرسل موجات صوتية عالية التواتر عبر جدار البطن لتفتيت حصى المرارة. بعد ذلك يأخذ المريض أقراص يورسوديول لإذابة شظايا الحصى. وأفضل ما ينجح العلاج بالموجات مع الحصى المنفرد الذي يقل قطره عن نصف إنش. بالنتيجة، تتحصر نسبة الأشخاص المرشحين لهذا

العلاج بين 5 و 10 بالمئة من المصابين بحصى المرارة، ويبقى استعمالها مخبرياً. وعلى غرار باقي وسائل العلاج التي لا يتم فيها استئصال المرارة، يظلّ معدل عودة الحصى إلى التكون مرتفعاً ما لم يتواصل استعمال يورسوديول.

### العيش من دون مرارة

إنّ معظم الأشخاص الذين يخضعون لاستئصال المرارة يواصلون حياتهم بعد ذلك بشكل طبيعي. إذ يستمرّ الكبد بإفراز ما يكفي من الصفراء لهضم الدهون كما يجب. ولكن عوضاً عن تخزين الصفراء في المرارة، تتدفق العصارة من الكبد ويتم تفريغها مباشرة في المعى الدقيق.

وليس من الضروري تغيير عادات الأكل بعد الجراحة. ولكن، مع تدفق الصفراء لمرات أكثر في المعى الدقيق، يزداد التبرز ويكون البراز أكثر ليونة. إلا أنّ هذه التغييرات تطراً مؤقتاً في أغلب الحالات، ومع الوقت تتكيف الأمعاء عادةً مع آثار الجراحة.



### التهاب البنكرياس

#### علاماته وعوارضه

- ألم بطن.
- غثيان وتقيؤ.
- ارتفاع في الحرارة.
- انتفاخ وغازات.
- براز كريبه الرائحة، مرتخي، مدهن، أو متماسك.
- نقصان في الوزن.

يشعر المصاب بألم شديد في أعلى البطن، يخترقه إلى الظهر. ويؤدي الاستلقاء إلى تضاعف الألم الذي لا يخففه سوى الانحناء. وينجم هذا الألم الذي يدوم لساعات أو أيام عن التهاب البنكرياس. والبنكرياس هو عبارة عن غدة طويلة ومسطحة تمتد أفقياً خلف المعدة. ويستريح رأس البنكرياس على الجزء الأعلى من المعى الدقيق (الاثني عشري)، بينما يلامس ذنبه الطحال. ولهذه الغدة وظيفتين أساسيتين:

- تفرز العصارات الهضمية والأنزيمات التي تساعد على تحليل الدهون والكربوهيدرات والبروتينات (وظيفة بنكرياسية خارجية الإفراز). ثم يتم نقل العصارات والأنزيمات عبر مجرى صغير ينفث على الاثني عشري.
- تفرز هرمونات الإنسولين والغلوكاغون في مجرى الدم، بالإضافة إلى السوماتوستاتين، وهو هرمون آخر ينظم عمل الهرمونيين

السابقين اللذين تقوم وظيفتهما الأساسية على تنظيم أيض الكربوهيدرات.

وعند التهاب البنكرياس تختل هذه الوظائف. ومن شأن الالتهاب أن يكون قصير الأمد أو مزمنًا. وتشير الإحصاءات إلى أن معظم الحالات تكون طفيفة إلى معتدلة، ولا تزداد حدة العوارض إلا لدى 20 بالمئة من الأشخاص.

### الالتهاب الحاد والالتهاب المزمن

يبدأ التهاب البنكرياس الحاد بشكل فجائي، عندما يحتفظ البنكرياس بالأنزيمات التي يفرزها وتنشط فيه، مؤدية إلى تهيج أنسجته الحساسة والتهابها. ففي الحالات الطبيعية، تنتقل الأنزيمات إلى الاثني عشري وتنشط هناك.

ويتم سنوياً تشخيص 180 ألف حالة التهاب حاد في البنكرياس. ويتمثل العرض الرئيسي بالألم طفيف إلى حاد في أعلى البطن، غالباً ما يمتد إلى الظهر والصدر. ومن شأن الأوجاع أن تدوم لساعات أو أيام متواصلة. ويساهم شرب الكحول وتناول الطعام في تفاقمها. والكثير من المصابين بالتهاب حاد يجلسون أو يحنون إلى الأمام أو يلتفون على أنفسهم في وضع جنيني، إذ يشعرون بأن هذه الوضعيات تخفف الألم.

وغالباً ما يشعر المصابون بالتهاب حاد في البنكرياس بأنهم مرضى، وهذا ما يبدو عليهم في الواقع، خاصة وأنهم يعانون كثيراً من الغثيان والتقيؤ. ومن العوارض الأخرى، ارتفاع الحرارة وصعوبة في التنفس ورضّات في البطن نتيجةً للنزف الداخلي.



أما التهاب البنكرياس المزمن فيختلف بكون الالتهاب يحدث على فترة زمنية تمتد غالباً على عدة سنوات. وهذه الحالة هي أقل وضوحاً عادةً، ويصعب كشفها في مراحلها الأولى. والواقع أنّ قلة من المصابين بالالتهاب المزمن لا يعانون من الألم على الإطلاق. بينما يصاب آخرون بفترات متقطعة من ألم البطن الطفيف إلى المعتدل. ومن شأن الألم أن يكون حاداً وبدوم لعدة ساعات، أو خفيفاً ومتواصلاً يستمر لأسابيع. ويعاني المريض أحياناً بالإضافة إلى الألم، غثياناً وتقيؤاً وارتفاعاً في الحرارة وانتفاخاً وغازات. ويساعد الكحول والطعام على تفاقم العوارض.

وخلافاً لالتهاب البنكرياس الحاد الذي غالباً ما يزول تلقائياً من دون أن يخلف مضاعفات على المدى الطويل، يسبب الاعتلال المزمن عادةً تلفاً دائماً. ومع تواصل الالتهاب، تتدمر أنسجة البنكرياس ببطء. ومع تراجع قدرة هذا العضو على إفراز الأنزيمات والهرمونات الضرورية للهضم السليم، يسوء امتصاص المغذيات، وخصوصاً الدهون، مما يؤدي إلى نقصان الوزن وخروج براز رخو، كريه الرائحة، وزيتي نظراً لما يحتويه من دهون. بالنتيجة، تختل الخلايا المفرزة للإنسولين مسببةً الداء السكري.

ولسوء الحظ، لا تظهر علامات سوء الامتصاص والسكري إلا بعد تقدم الالتهاب.

### سببان وراء المرض

يطرأ التهاب البنكرياس لأسباب متنوعة، وفي بعض الحالات يبقى السبب مجهولاً. غير أنه ثمة سببان شائعان للمرض هما فرط تعاطي الكحول وحصى المرارة.



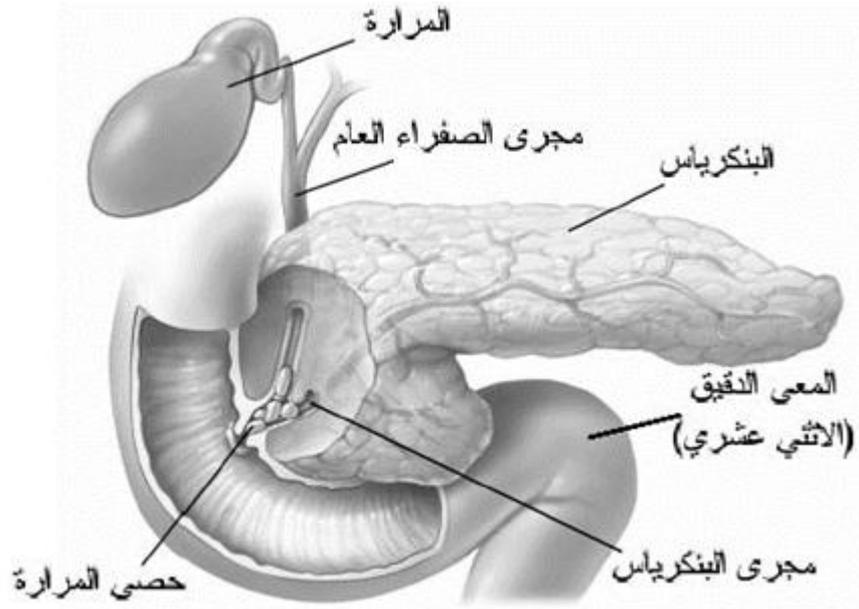
## الكحول

إنّ الإكثار من الكحول على مدى سنوات عديدة يعتبر من الأسباب المسؤولة عن التهاب البنكرياس المزمن. كما أنّ فرط تعاطي الكحول قد يؤدي إلى نوبة حادة الأمد. وتشير الإحصاءات إلى أنّ 5 إلى 15 بالمئة ممن يعاقرون كميات مفرطة من الكحول يصابون بالتهاب البنكرياس. أما سبب ظهور المرض لدى بعض الناس دون غيرهم فهو غير مؤكد، وكذلك هو الأمر بالنسبة إلى كيفية إتلاف الكحول لهذا العضو. فاستناداً إلى إحدى النظريات، يؤدي فرط استهلاك الكحول إلى "سدود بروتينية"، تمهّد لحصى صغير، تتشكل في البنكرياس وتسد أجزاءً من مجرى البنكرياس. وثمة نظرية أخرى تقول بأنّ الكحول يؤدي مباشرة أنسجة البنكرياس.

## حصى المرارة

حوالي نصف الأشخاص المصابين بالتهاب البنكرياس الحاد لديهم حصى في المرارة. والواقع أنه في بعض الأحيان تنتقل الحصى إلى خارج المرارة عبر مجرى الصفراء العام، الذي يندمج مع مجرى البنكرياس قرب مدخل الاثني عشري. وعند هذه النقطة، من شأن الحصى أن يعلق في مجرى البنكرياس أو قربه ويقطع جريان عصارات البنكرياس إلى الاثني عشري. فتتشط الأنزيمات الهضمية في البنكرياس عوضاً عن القناة الهضمية مسببة التهاباً قصير الأمد فيه.





إنّ حصى المرارة التي تغادر المرارة وتسدّ مجرى البنكرياس هي من الأسباب الشائعة لالتهاب البنكرياس. إذ تنحبس العصارات الهضمية التي يفرزها البنكرياس فيه، مؤدية إلى التهاب أنسجته الحساسة.

أسباب أقلّ شيوعاً

تشتمل الحالات الأخرى التي قد تؤدي إلى التهاب البنكرياس الحاد على:

- ترسبات أو حصى الكالسيوم التي تسد مجرى البنكرياس أو مجرى الصفراء العام.
- ارتفاع معدلات ثلاثي الغليسريد (دهن الدم) أو الكالسيوم في الدم.
- حالات شدوذ بنوية في البنكرياس، جرح في البطن أو جراحة كبيرة.
- إلتان بكتيري أو فيروسي.

وفي بعض الحالات العرضية، يؤدي التهاب البنكرياس الحاد الناجم عن مضاعفات معينة إلى التهاب مزمن. كما أنّ الراشدين الشباب الذين يعانون من تليف البنكرياس الكيسي ومن حالات شدوذ جينية ناجمة عن ذلك يصابون بفترات من التهاب البنكرياس المزمن.



أضف إلى أنّ بعض الأشخاص يولدون مع شكل وراثي للمرض قد يسبب لهم نوبات في الطفولة أو المراهقة.

والواقع أنه في 20 بالمئة من حالات التهاب البنكرياس المزمن و10 بالمئة من حالات الالتهاب الحاد، ما من سبب واضح للمرض. غير أنّ الباحثين يشتبهون بأن بعض النوبات قد تكون مرتبطة بحصى في المرارة بالغة الصغر بحيث تصعب رؤيتها.

### علاج التهاب البنكرياس الحاد

إن اشتبه الطبيب بحالة التهاب قصير الأمد في البنكرياس، يقوم بفحص البطن للكشف عن مواضع الألم. كما يتم تحليل عينة من الدم بحثاً عن ظواهر غير طبيعية تشير إلى وجود التهاب حاد:

- ارتفاع في معدل أنزيمات البنكرياس، أميلاز وليباز.
- ارتفاع في عدد كريات الدم البيضاء.
- ارتفاع في معدل أنزيمات الكبد والبيليبروبين، وهي مادة تنتج عن تحلل كريات الدم الحمراء.
- ارتفاع معدل السكر في الدم.
- انخفاض معدل الكالسيوم (ارتفاع معدل الكالسيوم قد يسبب التهاب البنكرياس، أما انخفاض معدله في الدم فيؤدي إلى النتيجة نفسها).

وقد يطلب الطبيب صورة بالموجات ما فوق الصوتية أو صورة مقطعية على الحاسوب للبطن لفحص البنكرياس والبحث عن حصى في المرارة أو عن مشاكل في المجاري والتحقق من عدم تلف الغدة. كما يخضع المريض لصورة بأشعة إكس للبطن والصدر لاستبعاد أسباب أخرى للألم.



ويستوجب التهاب البنكرياس الحاد ملازمة المستشفى عادةً. وفي حال حدوث مضاعفات، يُنقل المريض إلى وحدة العناية المركّزة. ويتركز العلاج على تخفيف الألم وإراحة البنكرياس وإعادة التوازن الطبيعي للعصارات التي يفرزها. وبما أنّ البنكرياس ينشط كلما دخل الطعام إلى الجسد، يُحظر على المريض تناول الطعام والشراب لبضعة أيام، ويستعاض عنهما بالسوائل والغذاء التي تُعطى عبر الوريد. أما إن كانت النوبة ناجمة عن حصى المرارة التي تسد مجرى البنكرياس، فقد يلجأ الطبيب إلى وسيلة لإزالة الحصى. وقد يتبع ذلك جراحة لاستئصال المرارة إن استمر الحصى بتسبب المشاكل (أنظر الفصل 11 صفحة 167). وفي حال كان الكحول هو المسؤول، يرافق ذلك علاج لإيقاف تعاطيه.

وبشكل عام، تتحسن حالات التهاب البنكرياس الطفيفة في غضون 3 إلى 7 أيام، بمقدور المريض بعدها أن يعاود الأكل والشرب. أما الحالات المعتدلة إلى الحادة فتستغرق وقتاً أطول.

#### مضاعفات التهاب البنكرياس الحاد

حوالي ربع حالات التهاب البنكرياس الحاد تكون شديدة وقد تؤدي إلى مضاعفات:

إنتان. قد يصاب البنكرياس المريض بإنتان بكتيري ينتشر من المعى الدقيق إليه. وتشتمل علامات الإنتان على ارتفاع في الحرارة وازدياد عدد الكريات البيضاء وفشل عضوي. ويمكن أخذ عينة من البنكرياس لفحصها وكشف الإنتان البكتيري. وفي حال أتت النتائج إيجابية، يُعطى المريض مضادات حيوية. ويضطر البعض للخضوع



لجراحة لتجفيف الجزء المصاب أو استئصاله. وفي بعض الأحيان يستلزم الأمر عدة عمليات.

**أكياس كاذبة.** قد تتشكل نفايات شبيهة بالأكياس تسمى أكياس كاذبة على البنكرياس وتمتد إلى أعضاء أخرى بعد نوبة التهاب قصير الأمد. وعندما يكون الكيس صغيراً، لا يتم اللجوء إلى أي علاج. أما إن كان كبيراً وأصيب بالإنتان أو سبب نزفاً، فيصبح التدخل الطبي ضرورياً. وقد يعمد الطبيب إلى تصريف محتويات الكيس عبر قسطرة أو بالجراحة لاستئصال الكيس.

**خُراج.** هو عبارة عن تجمع القيح قرب البنكرياس وذلك بعد 4 إلى 6 أسابيع من نوبة التهاب حاد. ويقوم العلاج على تصريف الخراج عبر قسطرة أو بالجراحة.

### **علاج التهاب البنكرياس المزمن**

لتأكيد تشخيص الالتهاب المزمن، يعمد الطبيب على الأرجح إلى أخذ عينات من الدم والبراز. فمن شأن اختبارات الدم أن تكشف عن الظواهر الشاذة المقترنة بالتهاب البنكرياس المزمن كما تساعد على استبعاد الالتهاب الحاد. أما تحليل البراز فيهدف إلى قياس معدل الدهن فيه. ذلك أنّ التهاب البنكرياس المزمن غالباً ما يسبب فائضاً من الدهن في البراز نظراً لعدم هضم الدهن وامتصاصه في المعى الدقيق.

وقد يطلب الطبيب إجراء صورة أشعة أو صورة بالموجات ما فوق الصوتية أو تنظير للبحث عن انسداد في مجرى البنكرياس أو مجرى الصفراء العام. وفي حال تعرض المريض لنقصان في الوزن أو اشتبه الطبيب بوجود سوء امتصاص للمغذيات، يتم إجراء اختبار تنبيه.

فيحقن الطبيب محلولاً في مجرى الدم لتتبيه البنكرياس. وعند ذلك يتم قياس قدرة الغدة على تفريغ الإفرازات في الاثني عشري. كما يخضع المريض لاختبارات إضافية عند الاشتباه بوجود أمراض أخرى كسرطان البنكرياس، الذي يرتفع خطر الإصابة به عند وجود التهاب مزمن في البنكرياس.

ويقوم العلاج الأساسي للالتهاب المزمن على إيقاف الألم وعلاج سوء الامتصاص.

### إيقاف الألم

خلافاً لالتهاب البنكرياس الحاد الذي يزول فيه الألم في غضون عدة أيام أو أسابيع، يطول ألم الالتهاب المزمن. والواقع أنّ الألم المتواصل هو من أهم التحديات التي يواجهها الطبيب. فإضافةً إلى مسكنات الألم المتعارف عليها، يُعطى المريض أحياناً أنزيمات بنكرياسية. ويهدف العلاج بالأنزيمات إلى زيادة مستواها في الاثني عشري لتخفيف إفرازها بالتالي من قبل البنكرياس. ويعتقد بأن هذه العملية تخفف ضغط الإفراز وبالتالي الألم داخل البنكرياس.

أما بالنسبة إلى الألم الحاد الذي تتعدّر السيطرة عليه، تشتمل خيارات العلاج على إجراء جراحة لاستئصال الأنسجة التالفة، أو اتباع وسائل لإيقاف إشارات الألم أو إماتة الأعصاب الناقلة للألم.

### أنزيمات لعلاج سوء الامتصاص

من شأن ملحقات الأنزيم التي تؤخذ مع كل وجبة، مثل بانكريليباز (Cotazym, Pancrease, Viokase)، أن تداوي مشاكل سوء الامتصاص التي يسببها البنكرياس. إذ تحل الأقرص محل الأنزيمات الهضمية التي لا يفرزها البنكرياس وتساعد على إعادة عملية الهضم



إلى طبيعتها. واعتماداً على التركيبات، يصل عدد الأقراص إلى 8 مع الوجبة قرصين بعد بدء الوجبة بقليل، وأربعة خلال الوجبة، واثنان بعدها. كما يجب أخذ الأقراص مع الوجبات الخفيفة.

### علاج الداء السكري

من شأن التهاب البنكرياس المزمن أن يسبب السكري لدى البعض. ويشتمل العلاج عادة على الحفاظ على نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة بانتظام. ويحتاج البعض أيضاً لحقن الإنسولين. وعادة يتناقش الطبيب مع مريضه حول كيفية علاج السكري والتعرف على عوارض ارتفاع وانخفاض السكر في الدم ومنع حدوث مضاعفات.

### مداواة التهاب البنكرياس

غالباً ما تدوم عوارض التهاب البنكرياس المزمن، كالألم وسوء امتصاص المغذيات، مدى الحياة. بالمقابل، تشفى معظم حالات الالتهاب الحاد تماماً. ولكن حتى لو لم تكن تعاني من ألم متواصل، من الضروري الحفاظ على سلامة البنكرياس قدر الإمكان:

**الكحول.** أظهرت دراسة أن نصف عدد المصابين بالتهاب البنكرياس المزمن والذين يتناولون الكحول يموتون خلال خمس سنوات.

تناول وجبات أصغر. كلما كبرت الوجبة، اضطر البنكرياس لإفراز كمية أكبر من العصارات الهضمية. بالتالي، استعض عن الوجبات الكبيرة بوجبات أصغر حجماً وأكثر عدداً.

قلل كمية الدهون في الوجبة. وذلك لتخفيف البراز المرتخي والزيتي الذي ينجم عن عدم امتصاص المعى الدقيق للدهون. ولكن ناقش مع



الطبيب أو خبير التغذية كمية الدهون المسموح بها يومياً لتجنب المضاعفات الناتجة عن قلة الدهن في الغذاء.

اعتمد نظاماً غذائياً غنياً بالكربوهيدرات. فالكربوهيدرات تزودك بالطاقة لمواجهة التعب. وهي تتواجد في الأطعمة المصنوعة من النشاء (الكربوهيدرات المركبة) أو من السكر (الكربوهيدرات البسيطة). والواقع أنّ 55 إلى 65 بالمئة على الأقل من السعرات الحرارية اليومية يجب أن تكون آتية من الكربوهيدرات. حاول بالتالي الحصول على معظم هذه السعرات من الكربوهيدرات المركبة الموجودة في الحبوب والخضروات والبقول.

اتبع طرقاً مأمونة لإيقاف الألم. ناقش مع الطبيب الخيارات المتوفرة لتخفيف الألم، بما في ذلك فوائد ومخاطر المسكّنات الموصوفة وغير الموصوفة. فبالرغم من فاعلية هذه الأدوية في أغلب الحالات، إلا أنها تشتمل على آثار جانبية خطيرة، بما في ذلك الإدمان ومشاكل المعدة. ليكن تفكيرك إيجابياً. قد تلازمك آثار الالتهاب لسنوات. ولكن بالتعاون الوثيق مع الطبيب بالإضافة إلى تقييم العادات اليومية وتغييرها، قد تتضاعف حظوظك في مداواة المرض بنجاح.



### اعتلال الكبد

قليل من الناس يُقرنون المشاكل الهضمية بالكبد. غير أنه في بعض الأحيان يعود فقدان الشهية ونقصان الوزن المصحوبين بغثيان وتقيؤ إلى اضطراب في الكبد وليس عن مشكلة في المعدة أو الأمعاء. والكبد هو عبارة عن عضو معقد يؤدي وظائف عديدة، إحداها هي معالجة (أيض) المغذيات التي يمتصها المعى الدقيق، محوّلًا إياها إلى أشكال يمكن للجسد أن يستعملها. ومن وظائفه الأخرى تصفية البقايا والسموم من الدم. واختلال عمل الكبد قد يحرم الجسد من المغذيات الضرورية مؤدياً إلى نقصان الوزن والتعب. ومن شأن تراكم البقايا والسموم في الدم أن يسبب اصفرار البشرة والعينين (يرقان) وفقداناً للشهية وغثياناً وتقيؤاً.

ويشرح هذا الفصل أمراض الكبد الشائعة التي قد تؤثر على الهضم.

### التهاب الكبد

يعتبر التهاب الكبد من أبرز أمراض الكبد التي تؤثر على العملية الهضمية. وثمة عدة أشكال للالتهاب:

**التهاب الكبد الناجم عن الكحول أو العقاقير.** هو من أكثر أشكال التهاب الكبد شيوعاً. يطرأ لدى الأشخاص الذين يفرطون في تعاطي الكحول أو بعض العقاقير. وينشأ الالتهاب عن كيميائيات سامة تنتج عن الجسم أثناء تحليله للكحول والعقاقير. ومن شأن هذه الكيميائيات مع الوقت أن تتلف خلايا الكبد وتعيق قدرته على القيام بمهامه.



## علاماته وعوارضه

- تعب
- فقدان الشهية
- غثيان
- نقصان غير مبرر للوزن.
- اصفرار البشرة والعينين (يرقان).

استناداً إلى الإحصاءات، فإن 10 إلى 35 بالمئة من الذين يكثرون من استهلاك الكحول، يصابون بالتهاب الكبد الكحولي. وأبرز الأدوية التي تسبب التهاب الكبد الناجم عن العقاقير هي مسكنات الألم غير الموصوفة، خاصة إن هي استعملت تكراراً أو مقترنة بالكحول. وتشتمل المسكنات غير الموصوفة على أسيتامينوفين (Tylenol) ومضادات الالتهاب الخالية من الستيروبيد كالأسبيرين (Bayer, Bufferin) وإيبوبروفين (Advil, Motrin, Nuprin) ونابروكسين (Aleve) وكييتوبروفين (Orudis).

ومن شأن الأدوية الموصوفة أيضاً أن تسبب مشاكل في الكبد، بما في ذلك الالتهاب. ولا تسبب العقاقير التالية مشاكل تذكر لدى معظم الناس، إلا أنها قد تكون مؤذية بالنسبة إلى المصابين باعتلال في الكبد أو بمشاكل صحية أخرى:

- حمض الفالبرويك والأدوية المضادة للصرع.
- ميتوتريكسات، وهو دواء للسرطان يستعمل لعلاج الصداف والتهاب المفاصل الروماتزمي.
- عائلة "ستاتين" من أدوية الكولسترول، بما في ذلك أتورفاستاتين، لوفاستاتين، برافاستاتين، وسيمفاستاتين.



- بعض أدوية ارتفاع ضغط الدم، أدوية حصر قناة الكالسيوم ومثبطات أنزيم تحويل الأنجيوتنسين (ACE).
- بعض المضادات الحيوية.
- بعد أدوية السكري.

**التهاب الكبد أ.** هو من أشكال الالتهاب الشديدة العدوى، ينتقل عبر الطعام أو الماء الملوث ببراز شخص مصاب بالتهاب الكبد أ. وتشير التقديرات إلى أنّ واحداً من بين كل 3 أميركيين قد أصيبوا بالمرض في وقت ما من حياتهم. وقد عُزي انتشار المرض في إحدى المرات في الولايات المتحدة إلى الفراولة التي انتقل إليها المرض عبر ماء الري الملوث أو عبر عامل مصاب لم يغسل يديه جيداً قبل قطف الثمار. ويعتبر المسافرون الدوليون أكثر عرضة للإصابة بهذا الشكل من التهاب الكبد. وهو يزول من تلقاء نفسه عادةً من دون علاج. غير أنه لدى البعض، خاصة المتقدمين في السن، يسبب التهاب الكبد أ عوارض حادة تستدعي العلاج الطبي وربما الاستشفاء. وفي حالات نادرة، تكون الإصابة مميتة.

**التهاب الكبد ب.** هو فيروس شديد العدوى أيضاً، يتواجد في الدم والمني واللعاب ويعيش لسبعة أيام أو أكثر خارج الجسد. وغالباً ما يتم انتقال هذا الفيروس بالاتصال الجنسي أو الحقن والإبر الملوثة، خاصة تلك المستعملة لثقب الجسد أو للوشم، أو مستحضرات الدم. أما الأشخاص الأكثر عرضة لالتقاطه فهم متعاطو المخدرات غير المشروعة والذين يمارسون الجنس من دون وقاية والسجناء وعمال المستشفيات المعرضون للدم أو لمستحضرات الدم. واستناداً إلى الإحصاءات فإن أكثر من 1.2 مليون أميركي يعانون من التهاب

الكبد ب. ويتم سنوياً تشخيص 250 ألف حالة جديدة. أما عدد الإصابات في العالم فيبلغ 350 مليون إصابة، غالبيتهم العظمى من الرجال.

**التهاب الكبد ج.** هو من أبرز أسباب التهاب الكبد الفيروسي في الولايات المتحدة، ينتقل عبر الدم ومستحضرات الدم والإبر الملوثة. فحوالي 60 بالمئة من المصابين الجدد هم من متعاطي الأدوية غير المشروعة عبر الأوردة أو الأنف، الذين يتشاركون الأغراض الشخصية نفسها. كما يرتفع خطر الإصابة بالتهاب الكبد ج لدى الأشخاص الذي خضعوا لنقل دم قبل عام 1992. ذلك أنه في هذه السنة بدأت بنوك الدم باعتماد اختبارات كشف عن هذا الفيروس. وبما أن تتطور المرض قد يستغرق عقوداً، لا يزال من غير الممكن تحديد عدد الأشخاص الذين سيصابون بالمرض من بين 300 ألف شخص خضعوا لعمليات نقل دم قبل عام 1992. وخلافاً للاعتقاد الشعبي السائد، فإن التهاب الكبد ج لا ينتقل بالرضاعة، أو الحضان أو العطاس أو السعال ولا باستهلاك الماء أو الطعام الملوثين بالفيروس أو بالاحتكاك العرضي أو بمشاركة أواني الأكل والشرب.

وتشير التقديرات إلى أن الولايات المتحدة وحدها تحتوي على أكثر من 2.7 مليون حالة. فحوالي واحد من بين كل 5 أشخاص يخضعون للاختبار في غرف الطوارئ هو مصاب بالفيروس، كما أن واحداً من كل 3 سجناء يشاركون الغرفة نفسها يعاني منه أيضاً. من جهة ثانية، فإن 30 بالمئة من المصابين بالتهاب الكبد ج يعانون من تندب الكبد (تشمع أو تليف الكبد). وهذا الالتهاب هو السبب المؤدي إلى عمليات زرع الكبد. واستناداً إلى الإحصاءات فإن أكثر من 10 آلاف شخص

يموتون سنوياً نتيجة لفشل الكبد الناجم عن التهاب الكبد ج. وتتوقع مراكز السيطرة على المرض والوقاية منه أن يتضاعف عدد الوفيات ثلاث مرات في السنوات العشر إلى العشرين المقبلة.

**التهاب الكبد د.** لا يمكن الإصابة بهذا الفيروس المولود في الدم إلا بعد إصابة سابقة بالتهاب الكبد ب. ذلك أن فيروس التهاب الكبد د يعيش ويتكاثر بتعلقه على فيروس التهاب الكبد ب. ويندر هذا المرض في الولايات المتحدة، ما عدا بين متعاطي العقاقير غير المشروعة.

**التهاب الكبد هـ.** تغلب الإصابة بهذا الفيروس المولود في الأطعمة والشبيه بالتهاب الكبد أ في آسيا وأميركا الجنوبية. وتشتمل معظم حالات المرض المسجلة في الولايات المتحدة على مسافرين إلى أجزاء من العالم يتواجد فيها الفيروس.

**التهاب الكبد الذاتي المناعة.** يعتبر هذا المرض أكثر شيوعاً لدى النساء منه لدى الرجال، ويطراً عادة بين الخامسة عشرة والأربعين من العمر. ويُعتقد بأن المرض ينجم عن حافز يدفع الجهاز المناعي إلى مهاجمة خلايا الكبد. وتشتمل الحوافز المشتبه بها على فيروس الحصبة وفيروس إبشتاين بار الذي يسبب كثرة وحيدات النواة في الدم وعلى أشكال فيروسية لالتهاب الكبد.

### اختبارات الكشف عن التهاب الكبد ج

يمكن عبر اختبار كشف بسيط تحديد وجود الأجسام المضادة لالتهاب الكبد ج في الدم، وبالتالي الكشف عن المرض قبل ظهور العوارض وتلف الكبد بشكل خطير. وعليك الخضوع لاختبار الكشف:



- إن كنت تتعاطى أو تعاطيت في الماضي عقاقير غير مشروعة عبر الأوردة أو الأنف (حتى ولو لمرة واحد).
- إن خضعت لنقل دم قبل عام 1992.
- إن خضعت لزراعة عضو قبل عام 1992.
- إن تلقيت عامل تخثير للدم قبل عام 1987.
- إن تعرّضت لدم أشخاص آخرين عرضياً.
- إن كنت تخضع لديليزة الدم (أو خضعت في السابق).
- إن كنت مصاباً بالهيموفيليا (النزاف).
- إن أقمت علاقات جنسية أو تشاركت شفرات الحلاقة أو فرش الأسنان أو مقصات الأظافر مع أشخاص مصابين بالمرض.

**التهاب الكبد الشحمي غير الكحولي.** في هذه الحالة يحتوي الكبد على فائض من الترسبات الدهنية، على غرار التهاب الكبد الناجم عن الكحول. غير أنّ هذه الحالة غير ناتجة عن فرط استهلاك الكحول. وغالباً ما يطرأ هذا الالتهاب لدى الأشخاص البدينين المصابين بالسكري أو بارتفاع مستوى الكولسترول أو بمشاكل في الغدة الدرقية. كما أنه قد يصيب متعاطي الستيروبيدات أو الذين يعانون من سوء التغذية. ويعتبر التهاب الكبد الشحمي غير الكحولي سبباً بارزاً للظواهر غير الطبيعية التي تظهر في نتائج اختبارات الكبد.

#### **الالتهاب الحاد والالتهاب المزمن**

قد تدوم العوارض لمدة قصيرة لتختفي بعد ذلك، وهذا هو الحال مع التهاب الكبد الحاد، أو تتواصل مدى الحياة كما هو الأمر مع التهاب الكبد المزمن.

**التهاب الكبد الحاد.** بشكل عام، يسبب التهاب الكبد الحاد تلفاً طفيفاً في الكبد وقد لا يسبب أي تلف على الإطلاق. وهو يبدأ فجأة أو



بصورة تدريجية، ولكنه يزول عادةً في غضون 6 أشهر أو أقل. فمع تغلب دفاعات الجسم على الفيروس، تخف حدة الالتهاب والعوارض المقترنة به لتختفي بعد ذلك. ويعتبر التهاب الكبد أ وه من الأنواع الحادة. و التهاب الكبد ب قصير الأمد أيضاً ولكنه يتحول إلى مزمن في بعض الحالات القليلة. كما أنّ الأطفال الذين يولدون مع التهاب الكبد ب يعانون عادةً من اعتلال مزمن.

**التهاب الكبد المزمن.** في هذه الحالة يتواصل التهاب الكبد حتى ولو لم تظهر عوارضه على الجسد. فبعض الأشخاص يصابون بالتهاب لأكثر من 20 سنة من دون أنّ يكتشفوا الأمر. ولكن من شأن الالتهاب أن يؤدي مع الوقت إلى تكون نسيج ندبي في الكبد (تشمع الكبد) مما يسبب في ما بعد فشل الكبد. كما أنّ المصابين بالتهاب الكبد المزمن هم أكثر عرضة لسرطان الكبد.

والواقع أنّ معظم أشكال التهاب الكبد مزمنة. فالتهاب الكبد ج قد يبدأ كإلتهاب حاد ولكنه يتحول إلى مرض مزمن عند معظم الناس. وبعدّ هذا الالتهاب نصف الحالات المزمنة من التهاب الكبد الفيروسي. كما أنه يشكل خطراً صحياً كبيراً لأنّ أشخاصاً كثر يحملون الفيروس لسنوات قبل اكتشاف المرض وينقلونه إلى آخرين. ومن شأن المرض أن يتخذ عدة طرق. فإما أنّ يتطور ببطء شديد ويتلف جزءاً محدوداً من الكبد، أو يتفاقم بسرعة مسبباً تلفاً بالغاً في هذا العضو الحيوي.

### تشخيص التهاب الكبد

بما أنّ حالات الالتهاب تختلف في ما بينها، ليس للمرض علامات منذرة متشابهة. فإنّ اشتبه الطبيب بأنّ عوارض المريض ناجمة عن التهاب الكبد، يطرح عليه أسئلة حول صحته ونمط معيشته: هل



خضعت لعملية نقل دم قبل عام 1992؟ هل قمت مؤخراً بزيارة بلد أجنبي؟ هل تمارس علاقات جنسية غير آمنة أو تتعاطى عقاقير غير مشروعة؟

أما الخطوة التالية فتقوم إجمالاً على إجراء فحص جسدي. فيعمد الطبيب إلى جسّ أعلى البطن بحثاً عن تضخم أو ضمور أو تصلب في الكبد. كما يبحث الطبيب عن علامات أخرى لاعتلال الكبد: تورم في البطن والساقين والكاحلين واصفرار في البشرة والعينين (يرقان). ويرفق الفحص الجسدي باختبار للدم. (في حال غياب العوارض، يتم اكتشاف المرض عبر التبرع بالدم أو عند إجراء تحليل للدم). من شأن اختبارات الدم التي تجرى لاعتلال الكبد، وتدعى تحاليل الكبد أو تحاليل وظيفة الكبد، أن تكشف أربعة أنواع من الظواهر غير الطبيعية:

**تلف خلايا الكبد.** عند التهاب خلايا الكبد أو تلفها، تسيل الأنزيمات المتواجدة فيها عادةً في مجرى الدم. وثمة اختبارين للتحقق من ارتفاع مستوى الأنزيم في الدم هما alanine aminotransferase (ALT) و aspartate aminotransferase (AST).

**تراجع وظيفة الكبد.** عندما يطرأ اختلال على الكبد نتيجة لتعرضه لإصابة حادة يعجز هذا العضو عن إفراز الكميات المعتادة من البروتين (ألبومين)، أو تأمين بعض عوامل تخثير الدم (بروترومبين). وتحليلي مستوى الألبومين (المواد الزلالية) ومدة البروترومبين (PT) يقيسان هاتين الوظيفتين.

ارتفاع مستوى فوسفاتاز ألكالين الكبد (ALP). تقوم خلايا موجودة في مجاري الصفراء في الكبد بإفراز هذا الأنزيم. غير أنّ معدله قد

يرتفع عند التهاب الكبد، خاصة حين تكون مجاري الصفراء مسدودة. ارتفاع مستوى البيليروبين. البيليروبين هو مادة تنتج عن تحلل خلايا الدم الحمراء. وفي حال لم يقم الكبد بالتخلص من البيليروبين بشكل طبيعي، يرتفع معدله في مجرى الدم. ويدعى هذا الاختبار ببساطة اختبار البيليروبين.

والواقع أنّ تحاليل الدم غالباً ما توفر معلومات كافية لتشخيص التهاب الكبد. غير أنّ الطبيب قد يفضل أخذ خزعة لتحليل عينة من نسيج الكبد. إذ يمكن لهذه العينات أن تساعد على التعرف على نوع الالتهاب. كما أنها تبيّن حدة الالتهاب وامتداد التلف.

### علاج التهاب الكبد

يعتمد علاج التهاب الكبد على نوع الالتهاب. فالتهاب الكبد أ لا يحتاج لأي دواء. ولكن الاستشفاء قد يصبح ضرورياً إن كان المصاب امرأة حاملاً أو شخصاً متقدماً في السن أو مصاباً بالتجفاف أو بمشاكل صحية أخرى. وفي الحالات النادرة التي يؤدي فيها هذا الالتهاب إلى فشل الكبد، قد يضطر المريض إلى الخضوع لزراعة كبد.

أما علاج الأنواع الأخرى من الالتهاب فما زال يتطور. ونظراً لعدم وجود عقاقير لشفاء التهاب الكبد، فإن الهدف الرئيسي من العناية الطبية يقوم على تخفيف العوارض ومنع تشمع الكبد. وفي حالات التهاب الكبد الفيروسي، يتمثل الهدف الثاني في خفض مستوى الفيروس في سوائل الجسد.

ومن شأن العلاج أن يشتمل على:



**الكورتيكوستيروبيدات.** فالستيروبيدات تخفف التهاب الكبد عبر تثبيط الجهاز المناعي. وأكثر ما تظهر فعالية هذه العقاقير في حالات التهاب الكبد الذاتي المناعة المزمن، إذ تؤدي إلى تخفيف حدة العوارض وتهدئتها لدى 80 بالمئة من الأشخاص. غير أنّ الستيروبيدات لا تُعطى لحالات الالتهاب الفيروسي لأن تثبيط الجهاز المناعي يساعد على تكاثر الفيروس بسرعة أكبر.

أما أكثر أنواع الستيروبيدات استعمالاً فهي بريدنيزون وبريدنيزولون. وتشتمل آثارها الجانبية على زيادة الوزن والمشاكل الجلدية وارتفاع ضغط الدم والسكري إضافة إلى إعتام عدسة العين والإنتان وترقق العظم ووجه بدري (متورم، مدور ومحمر). وفور سكون المرض، يبدأ الطبيب بخفض الجرعة تدريجياً لتجنب أو تقليص الآثار الجانبية للدواء.

**إنترفرون.** هو بروتين طبيعي يمنع الفيروسات من التكاثر. ويعجز المصابون بالتهاب الكبد ب وج عن إفراز ما يكفي من هذا البروتين لمواجهة فيروس الالتهاب. لذا يتم حقن أشكال صناعية من الإنترفرون لرفع مستواه في الجسم.

والواقع أنّ عقاقير الإنترفرون، إنترفون ألفا-2ب (Intron A) وإنترفون ألفا-2أ (Roferon-A) وإنترفون ألفا-1 (Infergen)، هي أفضل علاج حالياً لالتهاب الكبد ب وج. وهي تعتبر أكثر فاعلية إن أعطيت في أولى مراحل المرض. وبالرغم من أنّ الإنترفرون قادر على خفض المعدلات الفيروسية، إلا أنه نادراً ما ينجح في القضاء تماماً على الفيروس. وفي بعض الحالات، ينقل العقار الفيروس من حالة النشاط إلى حالة الركود، مؤدياً إلى تهدئة المرض بشكل ملحوظ.



غير أنه في جميع الحالات تقريباً، يعود الفيروس إلى الظهور مما يستلزم مزيداً من العلاج.

ونظراً للآثار الجانبية للدواء، لا ينصح به لمن لديهم تاريخ باكتئاب كبير أو بفرط إفراز الغدة الدرقية أو انخفاض عدد كريات الدم أو مرض ذاتي المناعة أو من يفرطون في تعاطي الكحول أو المخدرات. وتشتمل الآثار الجانبية على عوارض شبيهة بعوارض الإنفلونزا وتعب واكتئاب إضافةً إلى انخفاض في عدد الكريات البيضاء والصفائح الدموية.

ولزيادة فاعلية الدواء، يمكن إرفاق الإنترفيرون بعقار ريبافيرين الفموي المضاد للفيروس (Rebetron, Virazole).

**لاميفودين.** يتداخل هذا الدواء أيضاً مع قدرة الفيروس على التوالد. وهو فعال جداً في الأساس في تخفيف التهاب الكبد وخفض المعدلات الفيروسية المقتترنة بالتهاب الكبد ب. غير أنه مع الوقت من شأن الفيروس أن يصبح مقاوماً للدواء. في البداية، تمت المصادقة على لاميفودين لعلاج الإيدز، غير أنّ إدارة الأغذية والعقاقير صادقت عليه أيضاً لعلاج التهاب الكبد ب. وقد أظهر المرضى قدرة جيدة على احتمال هذا الدواء الذي يؤخذ على شكل أقراص. أما أبرز آثاره الجانبية فهي التعب والصداع وإنتان الأذن والأنف والحلق. ولا يزال البحث متواصلاً بخصوص الدواء.

**زراعة الكبد.** حين يتعرض الكبد لتلف واسع وتخفق الأدوية في علاجه، قد يطرح الطبيب إمكانية زراعة كبد. ويعتبر التهاب الكبد ج مسؤولاً اليوم عن 30 بالمئة من عمليات زراعة الكبد. غير أنّ احتمال



عودة التهاب الكبد ج أو ب إلى الظهور في الكبد الجديد وارد. وتستعمل حقن ودواء الغلوبين المناعي لتقليل خطر معاودة المرض.

### التعايش مع التهاب الكبد

فور ظهور التهاب الكبد، يتضاعف احتمال الإصابة بشكل آخر من الالتهاب. بالتالي، من الأهمية بمكان الحفاظ على الصحة قدر الإمكان وعدم التعرض لمخاطر الإصابة بالتهابات إضافية في الكبد. وبما أنّ للالتهاب أسباب عدة، تتنوع أشكال العناية الذاتية. بيد أنّ التدابير الحياتية التالية تنطبق على جميع أشكال المرض:

**الراحة.** إن كنت مصاباً بالتهاب قصير الأمد، احصل على راحة كافية وأكثر من السوائل واعتمد غذاءً غنياً بالسعرات الحرارية. فهذا يساعد على تقوية الجهاز المناعي للتمكن من محاربة الأمراض.

**تجنب الكحول.** فمن شأن الكحول أن يساعد على تفاقم الالتهاب وأن يسرّع تتطور التشمع وفشل الكبد.

**استعمل العقاقير بحذر.** من شأن كثير من الأدوية أن تؤدي إلى اختلال في الكبد، خاصة عند استعمالها بانتظام. إضافة إلى أنّ اختلال وظيفة الكبد، يمنعه أحياناً من التخلص من البقايا السامة الناتجة عن الأدوية. بالتالي، لا تستعمل إلا الأدوية التي يصفها الطبيب، حتى غير الموصوف منها.

**اعتمد نمط معيشة صحي.** ويعني ذلك تناول غذاء صحي وممارسة الرياضة بانتظام (أنظر الفصل 2). فبالإضافة إلى تحسين الصحة الجسدية، تساعد التغذية السليمة والرياضة على مقاومة الاكتئاب، وهي حالة شائعة بين المصابين بالتهاب الكبد.

### تجنب الإصابة بالتهاب الكبد



تساعد هذه التدابير الاحترازية على تجنب الأشكال الفيروسية من التهاب الكبد:

**التحصين المناعي.** ثمة لقاحات فعالة لتجنب الإصابة بالتهاب الكبد أ وب. ووفقاً لنوع اللقاح المستخدم، فإنّ حقنتين أو ثلاث تؤمن حماية لعشرين سنة تقريباً من التهاب الكبد أ. كما أنّ سلسلة من ثلاث أو أربع حقن تحمي الجسم عشر سنوات على الأقل من التهاب الكبد ب.

**إعداد الأطعمة.** اتبع هذه العادات الآمنة في تحضير الطعام:

- احرص دوماً على غسل الفاكهة والخضروات.
- اطبخ الطعام جيداً. فالتجليد لا يقتل الفيروسات.
- عند زيارة البلدان النامية لا تستعمل سوى الماء المعبأ في قنّان مختومة للشرب والطبخ وتنظيف الأسنان، أو اغلّ ماء الحنفية لعشر دقائق على الأقل.

**الاحتياطات في مركز العمل.** في مراكز العناية بالصحة، اتبع جميع عمليات تجنب الإصابات بما في ذلك غسل اليدين وارتداء القفازات. وفي مراكز العناية بالأطفال، اغسل يديك جيداً بعد تغيير الحفاضات أو ملامستها.

**احتياطات أخرى.** مارس العادات الصحية التالية:

- لا تتشارك إبر العقاقير مع آخرين.
- إن خضعت للوخز الإبري تأكد من كون الإبر معقمة.
- تجنب ثقب الجسد والوشم.
- لا تتشارك مع آخرين فرش الأسنان أو شفرات الحلاقة أو أغراض شخصية أخرى قد تتلوث بالدماء.



## الصَّبَاغُ الدَّمَوِيُّ

### علاماته وعوارضه

- تعب
- ألم في المفاصل.
- عجز جنسي أو فقدان للرغبة الجنسية.
- زيادة صباغ الجلد (اسمرار).
- زيادة العطش والتبول.

الصباغ الدموي هو عبارة عن شذوذ جيني يدفع الأمعاء إلى امتصاص كمية مفرطة من الحديد، وهو ما يدعى غالباً فرط امتصاص الحديد. أما فائض الحديد فيدخل مجرى الدم ويتكدس في بعض الأعضاء، خاصة الكبد. وعند إهمال الحالة، يؤدي المرض إلى تلف عضوي كما يسبب السكري واسمرار البشرة (وهو ما يدعى أحياناً "السكري الأسمر"). ولكن لحسن الحظ، من السهل علاج الصباغ الدموي، بعكس التهاب الكبد. وفي حال اكتشاف المرض باكراً، يمكن عموماً تفادي الإصابة بتلف دائم.

### خلل جيني

في حالات نادرة، ينشأ فرط امتصاص الحديد عن الخضوع المتكرر لعمليات نقل دم أو عن فرط استهلاك الحديد في الأطعمة. غير أنّ أكثر أسباب المرض شيوعاً يعود إلى خلل يصيب إحدى الجينات التي تدعى جينة HFE، وقد تم اكتشافها عام 1996. ولكن من غير المعروف تماماً كيف تسبب الجينة فرط امتصاص الحديد. ويفترض الباحثون بأنها تحمل إشارة بروتين مزيف يدفع الأمعاء إلى فرط امتصاص الحديد.



ووفقاً للتقديرات فإن واحداً من بين كل 10 أميركيين يحملون جينة HFE شاذة، معظمهم أميركيون من أصل أوروبي. والواقع أنّ حاملي الجينة، أي من لديهم نسخة واحدة منها، لا يعانون من مشاكل إجمالاً. ولا يظهر الصباغ الدموي عادةً سوى لدى الأشخاص الذين لديهم نسختين من الجينة الشاذة. وتشير الإحصاءات إلى أنّ واحداً من بين 200 إلى واحد من بين 400 أميركي يحملون نسختين عن الجينة، نتيجة لوراثة جينة شاذة واحدة من كل من الأبوين.

### التعرف على المشكلة

تقوم الخطوة الأولى لتشخيص الصباغ الدموي بإجراء اختبار للدم يدعى اختبار الإشباع بناقلة الحديد. وفي حال أظهرت النتيجة وجود فائض من الحديد في الدم، يطلب الطبيب فحوصات إضافية لتحديد كميات الحديد وتقييم سلامة الكبد. وهي قد تشمل اختباراً جينياً لمعرفة ما إذا كان المريض يحمل نسختين شاذتين عن جينة HFE. ولتحديد امتداد المرض، قد يوصي الطبيب باختراع عينة من الكبد. والحقيقة أنّ كثيراً من الناس يعيشون مع مستويات مرتفعة من الحديد لسنوات ولا يتم تشخيص المرض لديهم لسوء الحظ إلا بعد إصابة الكبد ببعض التلف. كما أنّ تشخيص هذا الاضطراب غالباً ما يتأخر لدى النساء قبل سن اليأس بسبب ما يفقدنه من دم شهرياً. إذ تنخفض معدلات الحديد مؤخره ظهور العوارض. أما معدل الوقت الفاصل بين بدء العوارض وتشخيص الصباغ الدموي فيتراوح بين 5 إلى 8 سنوات.

هل عليك الخضوع للفحص؟



ينصح بعض الخبراء، بمن فيهم المتخصصون في علاج الكبد في مايو كلينك، جميع الراشدين بالخضوع لاختبار الإشباع بناقلة الحديد مرة في حياتهم على الأقل، في سن الشباب عموماً، لقياس مستوى الحديد في دمهم. واختبار الكشف عن الصبغ الدموي غير مدرج عادةً في اختبارات الدم الروتينية. بالتالي، إن أردت إجراء الفحص عليك أن تتطلب ذلك بنفسك.

غير أنّ الخبراء لا يوصون جميع الراشدين بإجراء الاختبار الجيني نظراً لارتفاع كلفته من جهة، ولأن عدد الأشخاص الذين يعانون من فرط امتصاص الحديد وهم يحملون هذا الخلل الجيني غير معروف من جهة أخرى. ولكن، في حال إصابة أحد الأقارب المباشرين بالصبغ الدموي، كالأخ أو الأخت أو أحد الأبوين، قد تفضل إجراء اختبار جيني للتأكد من أنك لا تواجه خطر الإصابة. وإن اكتشفت بأنك تحمل نسختين شاذتين من جينة HFE قبل ظهور مضاعفات المرض، عليك بحث الحالة مع الطبيب لاتخاذ التدابير اللازمة لمنع حدوث مشاكل في المستقبل. وتقوم الوسيلة الرئيسية لمنع فرط امتصاص الحديد على التخلص من بعض الدم (الفِصاد).

#### سحب الدم للتخلص من الحديد

يقوم علاج الصبغ الدموي على إزالة فائض الحديد من الدم. فيخضع المريض لسحب دم بانتظام وهو ما يدعى طبياً "الفِصاد". ويتم أسبوعياً سحب باينت من الدم من أحد أوردة الذراع، تماماً كما يحدث



عند وهب الدم. وتتكرر هذه العملية حتى يعود الحديد إلى مستواه الطبيعي.

ففي الحالات الطبيعية، يحتوي الجسد على 1.5 إلى 2 غرام من الحديد المخزن. أما الأشخاص المصابون بالصباغ الدموي، فقد يصل مستوى الحديد لديهم إلى 40 غراماً. وعند كل عملية سحب للدم، يتم التخلص من 250 ملغ فقط من الحديد. بالتالي، تستغرق إزالة فائض الحديد بكامله عدة شهور. وبعد استعادة المستوى الطبيعي لهذا المعدن، يحتاج معظم الأشخاص لتكرار سحب الدم من 4 إلى 8 مرات سنوياً لبقية حياتهم لمنع الحديد من التوضع.

وفي حال سبب المرض تلفاً في الكبد أو في أعضاء أخرى، على المصاب الخضوع للعلاج لمنع امتداد التلف إلى أعضاء إضافية. وقد يتمثل العلاج في الأدوية أو الجراحة.

#### تقليل نسبة الحديد في الغذاء

من غير الضروري أو المستحسن إزالة الحديد من الغذاء اليومي، بل يجب تجنب استهلاك ما يفوق الكمية التي ينصح بها يومياً، أي 18 ملغ. وأكثر المستحضرات غنيّ بالحديد هي ملحقات الحديد ومتعدد الفيتامينات، التي قد ينصح الطبيب بتجنبها.

#### أمراض الكبد الموروثة الأخرى

ثمة اضطرابين آخرين يصيبان الكبد ويؤثران على الهضم، غير أنهما مرضين نادرين.

مرض ويلسون. في هذه الحالة تتجمع في الجسد كميات فائضة من النحاس، مؤدية إلى تلف عضوي. وينشأ مرض ويلسون عن خلل جيني، شأنه في ذلك شأن الصباغ



الدموي. وتبدأ العوارض بالظهور لدى جميع المصابين بالمرض تقريباً في سن الأربعين، وقد تشتمل على ألم في الكبد عند الضغط عليه ونقصان في الوزن وتعب بالإضافة إلى يرقان طفيف ومشاكل في الجهاز العصبي. وفي حال اكتشاف مرض ويلسون في مراحله المبكرة، يمكن علاجه بالأدوية التي تزيل فائض النحاس من الجسد.

قصور مضاد التريبسين ألفا-1. ينجم هذا الاضطراب عن خلل جيني يؤدي بالجسد إلى إنتاج أشكال غير طبيعية من بروتين مضاد تريبسين ألفا-1، وهو أنزيم مثبط. ومن شأن القصور أن يؤدي إلى اعتلال في الرئة والكبد. أما العلاج الوحيد لعلاج التلف اللاحق بالكبد فيتمثل بزراعة كبد جديد.

إضافة إلى خفض مستوى الحديد، على المريض أيضاً تجنب الكحول والحد من فرط استهلاك الفيتامين C. فالكحول يساعد على تفاقم اعتلال الكبد، فيما يسهل الفيتامين C امتصاص الحديد. بالتالي فإن فرط استهلاك هذا الفيتامين قد يزيد مستوى الحديد في الدم.

### تشمّع الكبد

#### علاماته وعوارضه

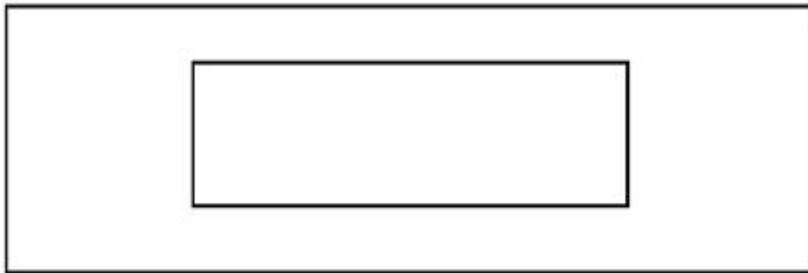
- فقدان الشهية.
- نقصان الوزن.
- ضعف وتعب.
- تورم البطن.
- اصفرار البشرة والعينين (يرقان).



من شأن أي اعتلال مزمن في الكبد أن يؤدي إلى التشمع أو التليف، وهي حالة يتكون فيها نسيج ندبي في الكبد ويمنعه من تادية وظائفه بشكل طبيعي. وغالباً ما يشكل تشمع الكبد ناتجاً ثانوياً لالتهاب الكبد المزمن الناجم عن فرط استهلاك الكحول أو عن التهاب الكبد الفيروسي. وينتج التشمع أيضاً عن الصباغ الدموي أو عن مرض ويلسون أو عن قصور مضاد التريبسين ألفا-1.

ومن الأسباب الأخرى لتشمع الكبد:

**تشمع الكبد الصفراوي الأولي.** تصاب مجاري الصفراء الدقيقة في الكبد بالالتهاب والتندب لأسباب غير معروفة. ويعتبر التشمع الصفراوي الأولي أكثر شيوعاً لدى النساء منه لدى الرجال، وذلك بين سن الخامسة والثلاثين والستين عموماً. وتشتمل مضاعفات المرض على التهاب في المفاصل وترقق العظم نتيجة لفقدان الكالسيوم ومرض الجفاف، وهي حالة تفشل فيها غدد إفراز الدمع واللعاب في إنتاج ما يكفي من هاتين المادتين. غير أن بعض المصابين بالمرض لا يعانون من أية عوارض ويعيشون حياة طبيعية.



الكبد الطبيعي (إلى اليسار) الظاهر في قطاع مستعرض، لا يحتوي علامات تندب، بينما يظهر تندب بالغ في الكبد المتشمع (إلى اليمين).

**التهاب قناة الصفراء التصلبي الأولي.** في هذه الحالة التي قد تنشأ عن اضطراب ذاتي المناعة، تزداد جدران مجاري الصفراء داخل الكبد وخارجه سماكة وصلابة. وتشير التقديرات إلى أن 70 بالمئة من

المصابين بالمرض هم من الرجال، وأنّ كثيرين منهم يعانون من مرض الأمعاء الالتهابي.

### كشف المرض

من شأن تضخم الكبد وصلابته أن يثيرا إلى إصابة الكبد. كما أنّ تورم البطن نتيجة لتراكم السوائل قد يمثل إشارة تحذيرية أخرى إلى تشمع الكبد. غير أنه في أغلب الحالات، يتم الاشتباه بالإصابة بعد أن تظهر تحاليل الدم وجود خلل في وظيفة الكبد.

ولتحديد امتداد المرض، قد يعتمد الطبيب إلى تصوير الكبد بالموجات ما فوق الصوتية أو بالتصوير المقطعي أو بالرنين المغناطيسي (MRI). هذا بالإضافة إلى اختراع عينة من الكبد لأنها الطريقة الوحيدة لتشخيص التشمع نهائياً، كما هو الحال مع أمراض الكبد الأخرى. كما يبيّن الاختراع سبب تلف الكبد وامتداده.

### إبطاء تطور المرض

في الواقع ما من علاج لتشمع الكبد، ولا للتلف اللاحق به. غير أنّ المرض غالباً ما يتقدم ببطء، وثمة تدابير يمكن اتخاذها لتقليص نسبة التلف الإضافي:

امتنع عن شرب الكحول. إذ يتحلل الكحول إلى كيميائيات عديدة يؤدي بعضها إلى تسمم الكبد. وعند الإصابة بالتشمع، فإنّ تجنب الكحول من شأنه أن يطيل حياة المريض.

قلل من استعمال الأدوية. بما أنّ التلف يمنع الكبد من إزالة السموم والأدوية بشكل طبيعي من الجهاز الهضمي، لا تستعمل الأدوية، حتى غير الموصوف منها، من دون استشارة الطبيب. واحرص على عدم الجمع بين مسكن الأسيتامينوفين (Tylenol) أو



مسكّن آخر، حتى ولو كان استعمالك يقتصر على الجرعة الموصى بها يومياً من الدواء.

**تجنب الأشخاص المرضى.** فعند تلف الكبد، يعجز المرء عن محاربة الإصابات بسهولة كغيره من الناس الأصحاء. بالتالي، اتخذ كل الاحتياطات المعقولة لتجنب المرضى. وخذ لقاحات ضد التهاب الكبد أ وب وضد الإنفلونزا والتهاب الرئة بالمكورات الرئوية.

**أكثر من الفاكهة الطازجة والخضروات والحبوب الكاملة.** فهذه الأطعمة غنية بالمغذيات بما فيها الفيتامين A، C و E. ويبدو بأن تشمّع الكبد يستنفد هذه الفيتامينات الضرورية. وقد يصف الطبيب أيضاً كمية إضافية من الفيتامين K، A و D، حين يجد بأن الجسد لا يحصل على ما يكفي منها. ولكن احذر من استهلاك فيتامينات إضافية من دون استشارة الطبيب.

**قلّل من الملح.** فالصوديوم الموجود في الملح يدفع الجسم إلى حبس السوائل. وهذا ما يفعله تشمّع الكبد أيضاً. بالتالي فإن التخفيف من استهلاك الملح قد يساهم في تخفيف توضع السوائل في الجسم.

**راقب معدل البروتين في غذائك.** نادراً ما يكون الحد من البروتينات في الغذاء ضرورياً، غير أنه من الأهمية بمكان عدم استهلاكها بكميات مفرطة. وفي حال كان التشمّع متقدماً، فإن فائض البروتين قد يسبب حالة تدعى الاعتلال الدماغي الكبدي. وهي عبارة عن خلل ذهني ينجم عن عجز الكبد عن إزالة بعض العناصر السامة من الدم، كالأمونيا الموجود في البروتينات. ومن شأن هذه السموم أن تؤثر على الدماغ مسببة تغيرات في الشخصية أو ارتباكاً ذهنياً أو نعاساً أو أورام.

زراعة الكبد لحالات التشمّع



تُبحث إمكانية زراعة الكبد عندما يكون المرض قد تطور لدرجة تعطل فيها الكبد تماماً. أما معدل نجاح الزراعة فهو في ارتفاع مستمر، واليوم فإن أكثر من 90 بالمئة من الأشخاص الذين يخضعون لزراعة كبد يعيشون لسنة بعد الجراحة. وتكمن المشكلة في أنّ عدد المرضى المحتاجين للزراعة يفوق عدد الواهبين. إضافةً إلى ذلك، فعندما يكون التشمع ناجماً عن التهاب فيروسي، ثمة احتمال في عودة المرض إلى الظهور في الكبد الجديد.

ويدرس الباحثون بدائل لزراعة الكبد التقليدية يمكن أن تسمح يوماً ما لمزيد من الناس بتلقي علاج ناجح ينقذ حياتهم. وتقوم إحدى العمليات على اقتطاع جزء من كبد سليم (حوالة 60 بالمئة) وذلك من واهب حي، يكون أحد الأقرباء أو الأصدقاء عامةً. ثمّ يستأصل الكبد المتشمع ويستبدل بالجزء السليم. وبما أنّ نسيج الكبد يتجدد تلقائياً، يجب أن يستعيد الكبد حجمه الطبيعي في غضون عدة أسابيع لدى كلّ من الواهب والمتلقي.

### مضاعفات العلاج

يتنوع العلاج الطبي لتشمع الكبد وفقاً لسبب الداء والعارض. وغالباً ما يركز الطب على علاج المضاعفات:

وسائل منع النزف الداخلي. من شأن تشمع الكبد أن يبطئ أو يوقف جريان الدم عبر الكبد، مؤدياً إلى تكوّن أوردة صغيرة ملتفة ذات جدران دقيقة. وأكثر ما تظهر هذه الأوعية الدموية (الدوالي) في المعدة أو المريء. وبما أنّ جدران هذه الأوعية معرضة لضغط كبير، فالنزف



وارد. والواقع أنّ ثلثي المصابين بتشمع الكبد يعانون من نزف داخلي. وفي محاولة لإيقاف هذا النزف، قد يصف الطبيب دواء لتخفيف الضغط داخل الدوالي أو بإجراء جراحة لمنع الدم من الجريان فيها.

**علاج لتخفيف احتباس السوائل.** تساعد مدرات البول على تخفيف توضع السوائل في البطن. وقد ينصح الطبيب أيضاً بتجنب الملح. وفي بعض الأحيان يصاب سائل البطن بالإنتان مسبباً ألماً وارتفاعاً في الحرارة. وعند ذلك يعتمد الطبيب إلى إدخال قسطرة في البطن لأخذ عينة من السائل وتحديد نوع الإنتان ووصف المضاد الحيوي المناسب.

**عقاقير لتخفيف الحكاك.** غالباً ما يتم وصف كوليستيرامين (Questran) وريفامبين (Rifadin, Rimactane) لتخفيف الحكاك الناجم عن السموم (حمض الصفراء) في الدم.

**علاج الخلل الدهني الكبدي.** من شأن دواء لاكتولوز (Cholac, Duphalac) أن يساهم في تخفيف مستوى الأمونيا في الدم. وقد يصف الطبيب مضاداً حيوياً لخفض مستوى البكتيريا الموجودة في الأمعاء والتي تنتج الأمونيا.



### السرطان

إنّ أول ما يخشاه الناس عند ظهور المشاكل الهضمية هو السرطان. فبالرغم من عدم كون هذا الداء سبب الاضطرابات في معظم الحالات، إلا أنه يعتبر المسؤول عنها أحياناً. ومن شأن بعض العوارض كالنزف وصعوبة البلع ونقصان الوزن غير المبرر وتغير عادات الأمعاء، أن تكون علامات تحذيرية للسرطان المعدي المعوي. ويعتبر سرطان القولون والمستقيم أكثر حالات السرطان الهضمي انتشاراً، والمسؤول الثاني عن الوفيات السرطانية لدى الرجال والنساء على السواء.

واحتمال شفاء السرطانات الهضمية مرتفع إن تم كشف الحالة وعلاجها باكراً. ولكن المشكلة هي أنّ عوارض الحالة تكون خفيفة جداً في البداية ولا يتم تشخيصها إلا بعد تطور المرض. أضف إلى أنّ كثيراً من الناس لا يستفيدون من اختبارات الكشف التي تساعد على منع الإصابة بسرطان القولون والمستقيم أو اكتشافه باكراً.

### كيف يتكون السرطان

السرطان هو عبارة عن تجمع من الخلايا الشاذة. ومع نمو الخلايا، فهي تتجمع في عقد صغيرة (أورام) من شأنها أن تضغط على الأعصاب أو أن تسد الشرايين أو أن تنزف أو تسد الأمعاء أو تعيق عمل الأعضاء الأساسية. وتتمو بعض السرطانات ببطء، وتستغرق سنوات قبل أن تبدأ بتهديد حياة المريض. أما البعض الآخر فهو سريع النمو.



ما من معلومات مؤكدة حول كيفية تحول الخلايا الطبيعية إلى خلايا سرطانية. وقد يكون المسؤول عن ذلك هو مجموعة من العوامل المركبة، بما في ذلك نمط الحياة والبيئة والاستعداد الوراثي. وتفترض النظريات بأن معظم الناس لديهم جينات في حالة سبات من شأنها أن تنتج خلايا سرطانية. وهذه الجينات تظل ساكنة حتى ينشطها عامل خارجي، كالإنتان أو أشعة الشمس أو التبغ أو الملوثات الموجودة في الطعام أو الشراب أو الهواء.

ويمكن الإصابة بالسرطان في أي منطقة من القناة الهضمية. إلا أنّ معظم السرطانات المعدية المعوية تطرأ في القولون والمستقيم حيث تتحرك بقية الطعام ببطء أكثر مع ما تحتويه من سموم. وثمة عدة أنواع من السرطان، وأكثر ما يصيب منها الجهاز الهضمي يشتمل على:

**السرطانات الغُدِّيَّة.** هذا هو اسم السرطانات التي تبدأ في الأنسجة التي تبطن الأعضاء الداخلية. ومعظم سرطانات الجهاز الهضمي تندرج في هذه الفئة.

**الأورام اللمفاوية.** تتكون هذه السرطانات في الجهاز المناعي، وتحديدًا في العقد اللمفاوية. إذ يحتوي الجسد على عناقيد من العقد اللمفاوية في العنق والصدر والإبطيين والبطن والأربية. ويتواجد النسيج اللمفاوي أيضاً في الأمعاء وفي قلب الأعضاء الداخلية أو قربها.

**الأورام اللحمية.** تبدأ هذه السرطانات في الأنسجة الرابطة، أي في أحد العضلات أو العظام. وثمة عضلات ملساء عبر القناة الهضمية بكاملها.

**سرطان المريء**



## علاماته وعوارضه

- صعوبة في البلع.
- دم في القيء أو البراز.
- نقصان الوزن.
- ألم في الصدر.

من شأن السرطان أن ينمو في أي موضع من المريء. والباحثون غير متأكدين من السبب، إلا أنّ خطر الإصابة يتضاعف بفعل التدخين أو فرط استهلاك الكحول. كما يعتبر مريء باريت، وهو من مضاعفات مرض الارتداد المعدي المريئي، عامل خطر إضافي. كما يبدو بأنّ الغذاء الذي يفتقر إلى الفاكهة والخضروات يزيد احتمال الإصابة أيضاً.

ويعتبر الرجال مرتين أكثر عرضة للإصابة بسرطان المريء من النساء. كما يتضاعف خطر الإصابة ثلاث مرات لدى السود عما هو لدى البيض.

لسوء الحظ، فإن الأورام البالغة الصغر التي تتكون في المريء لا تسبب عادة أية عوارض. وغالباً ما تتمثل الإشارة الأولى لورم المريء في صعوبة البلع التدريجية. ولكن حتى يبدأ المريض بالشعور بذلك، يكون الورم السرطاني قد نما وملاً نصف فتحة المريء تقريباً. ومع تطور الحالة، يأخذ الوزن بالنقصان ويشعر المصاب بألم في الصدر كما يعاني من دم في القيء أو البراز.

ومن أكثر سرطانات المريء شيوعاً:

**السرطان الغدي الصدفي الخلايا.** يتكون هذا السرطان في الخلايا القشرية (الصدفية) المسطحة التي تبطن المريء بكامله.



الورم الغدّي السرطاني. هو سرطان في النسيج الغدّي من شأنه أن يتكون في أسفل المريء (مريء باريت).

### التشخيص

ما من اختبارات لكشف سرطان المريء. في حال ظهور العوارض، يمكن إجراء صورة أشعة بالباريوم. إذ يبتلع المريض قبل التصوير سائلاً يحتوي على الباريوم، وهي مادة معدنية تحدد المريء بالأبيض. وتسمح هذه العملية برؤية الأورام والظواهر الشاذة الأخرى بشكل أفضل في صور الأشعة.

ويمكن الاستعاضة عن صورة الأشعة أو إتباعها بالتنظير الداخلي الذي يعتبر أكثر دقة. فيتم إدخال أنبوب دقيق ومرن مجهز بكاميرا بالغة الصغر (منظار) في الحلق بحثاً عن أورام سرطانية أو عن أنسجة مثيرة للشك.

### وقائع وأرقام

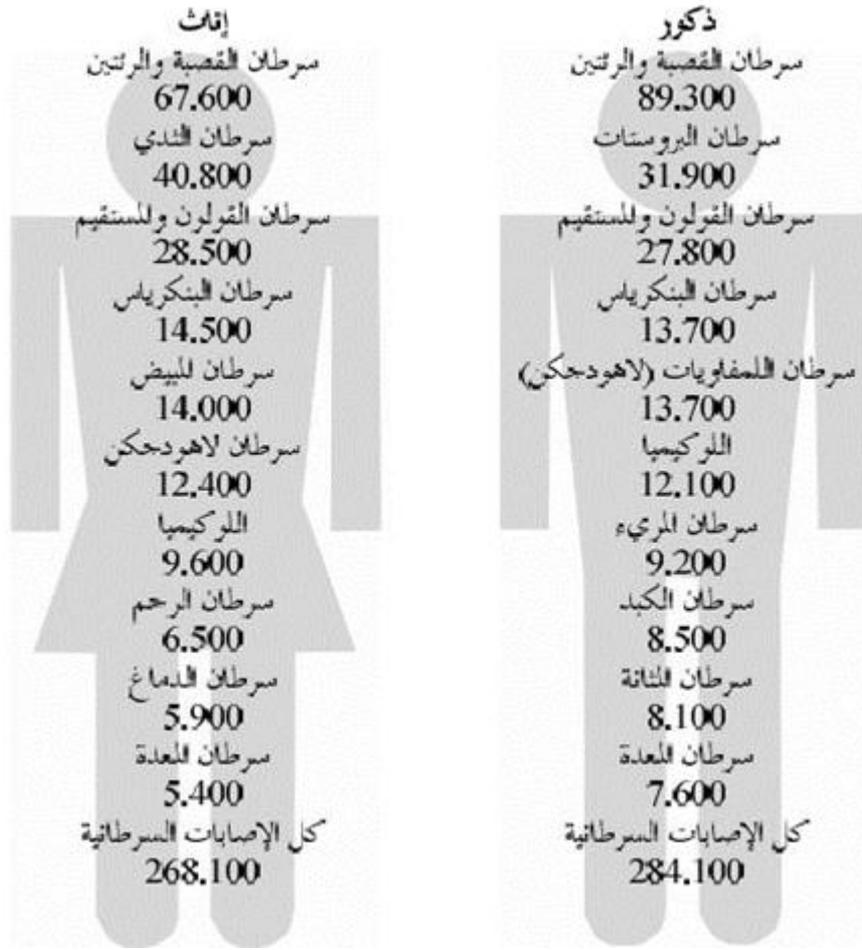
عدد الحالات حسب مكان التوضع والجنس





الوفيات بسبب الإصابة بالسرطان حسب التوضع والجنس





تقديرات عام 2000 من بحوث المراقبة عن الجمعية الأمريكية لمكافحة السرطان وغير متضمنة

للسرطان القاعدي البشري وسرطان الجلد الموضعي داخل البشرة ما عدا المثانة. وفي حال الإصابة بالسرطان، من شأن تحاليل الدم والتصوير المقطعي أو التنظير الداخلي بالموجات ما فوق الصوتية أن تساعد على تحديد امتداد المرض. وفي الاختبار الأخير يوضع في المريء منظار يحتوي على مسبار صغير يعمل بالموجات ما فوق الصوتية. ويطلق المسبار موجات صوتية تتردد على جدران المريء مكونة صورة على الحاسوب تظهر امتداد المرض على الشاشة.

### العلاج

يتمثل العلاج الأكثر استعمالاً لسرطان المريء في استئصال الجزء المصاب من المريء وإعادة وصل الأجزاء السليمة. وفي حال



استئصال جزء كبير، يعتمد الجراح إلى إحداث ممر جديد بين الحلق والمعدة بواسطة جزء من نسيج المعى الدقيق. ومن شأن الجراحة أن تشفي السرطان. غير أنه في أغلب الحالات، لا تساهم سوى في تخفيف العوارض وإطالة حياة المريض. إذ يعود المرض إلى الظهور لاحقاً.

أما العلاج الكيميائي والشعاعي فيستعمل أحدهما أو كلاهما أحياناً لتخفيف العوارض أو تقليص الورم أو قتل الخلايا السرطانية التي امتدت من الورم.

وثمة علاج آخر يدعى العلاج الدينامي الضوئي، يستعمل الأدوية التي تجعل خلايا السرطان حساسة لضوء الليزر ليتمكن الليزر من القضاء عليها.

وفور تشخيص سرطان المريء، يعتمد العلاج في كثير من الأحيان على مدى انتشار الورم ومن الأفضل مناقشة ذلك مع الطبيب.

## سرطان المعدة

### علاماته وعوارضه

- ألم في أعلى البطن.
- غثيان وتقيؤ.
- فقدان الشهية.
- الشعور بالشبع بعد أكل كمية معتدلة من الطعام.
- دم في القيء أو البراز.

منذ أوائل القرن العشرين، انخفض معدل الإصابة بسرطان المعدة في الولايات المتحدة الأميركية بنسبة 75 بالمئة. ويعتقد الباحثون بأن



تقدم وسائل حفظ الطعام قد يكون له الفضل الأول في هذا الانخفاض. ففي أيامنا هذه يتم تجليد أو تبريد معظم الأطعمة القابلة للفساد. بينما اعتمد الناس في الماضي التمليح والتدخين لحفظ الأطعمة، وربما سببت هاتان العمليتان تكوّن مواد مسرطنة في الطعام.

من جهة ثانية فإن تحسن الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والممارسات الصحية ساعد على خفض حوادث الإصابة ببكتيريا هليوباكتري بايلوراي H.pylori المقترنة بالقروح الهضمية وسرطان المعدة.

ومن عوامل الخطر الأخرى:

- التدخين.
- الإفراط في تعاطي الكحول.
- تاريخ عائلي بسرطان المعدة.
- أورام صغيرة في بطانة المعدة (سليبات الورم الغدي).
- جراحة سابقة لاستئصال جزء من المعدة (استئصال المعدة الجزئي).
- قصور في فيتامين B-12 (فقر الدم الوبيل) وما يرافقه من ضمور في بطانة المعدة.

وتشير التقديرات إلى أنّ 90 إلى 95 بالمئة من سرطانات المعدة تتكون في الأنسجة الغدية التي تبطن المعدة (الأورام الغدية السرطانية). ومقارنة مع أنواع أخرى من السرطان، يعتبر سرطان المعدة غير شائع اليوم في الولايات المتحدة. أما في الدول الفقيرة التي لا يزال التدخين والتمليح هما الوسيلتان المعتمدتان لحفظ الأطعمة فيها



والتي تنتشر فيها بكتيريا H.pylori، يعتبر سرطان المعدة السبب المسؤول عن الوفيات السرطانية.

### التشخيص والعلاج

تعتبر صورة الأشعة بالباريوم والتنظير هما الاختبارين الأكثر استعمالاً لتشخيص سرطان المعدة. فالتنظير بالموجات ما فوق الصوتية يمكن أن يحدد مدى انتشار السرطان في جدار المعدة والأنسجة المحاذية له.

أما أنواع العلاج المعتمدة للمرض فهي ثلاثة، الجراحة والعلاج الكيميائي والأشعة. ويعتمد اختيار العلاج على عدة عوامل بما فيها موضع السرطان والمرحلة التي بلغها وصحة المريض العامة.

وتعتبر الجراحة الطريقة الوحيدة لعلاج بعض سرطانات المعدة. ففي حال كان المرض منحصراً في المعدة والعقد اللمفاوية المجاورة، يتم استئصال العقد اللمفاوية والمعدة بأكملها أو جزء منها. أما إن كان المرض متقدماً فإن استئصال جزء من المعدة من شأنه أن يخفف العوارض كالتقيؤ أو النزف.

وبمقدور العلاج الكيميائي والأشعة أن يقلصا الأورام، مما يخفف حدة العوارض ويطيل حياة المريض. كما تفيد بعض الدراسات بأنهما قد يؤخران أو يمنعان عودة السرطان إلى الظهور بعد الجراحة.

والواقع أنه من الممكن غالباً شفاء سرطان المعدة في حال اكتشافه باكراً. يعتمد الاتجاه المحتمل أن يتخذه النوع الأكثر تقدماً من السرطان على مدى انتشار الأورام. ومن الأفضل بحث ذلك مع الطبيب.

### سرطان المعى الدقيق

#### علاماته وعوارضه



- تقلصات
- انتفاخ
- غثيان وتقيؤ.
- دم في البراز.
- نقصان في الوزن.

تندر حالات الإصابة بهذا النوع من السرطان. إذ تشير الإحصاءات إلى أنّ 2 بالمئة فقط من السرطانات الهضمية تحدث في المعى الدقيق، حيث تبلغ الحالات المسجلة في الولايات المتحدة سنوياً أقل من 2.500 حالة، معظمها من الأورام الغديّة السرطانية. والواقع أنّ سبب سرطان المعى الدقيق غير معروف. إلا أنّ احتمال ظهور المرض يتضاعف في حال الإصابة بمرض كرون أو إن كان للمرء تاريخ بالتهاب المعى الدقيق. وغالباً ما يتم تشخيص السرطان بين الخمسين والستين من العمر.

### التشخيص والعلاج

عادةً لا يسبب سرطان المعى الدقيق أية عوارض في مراحله الأولى. وفي أغلب الحالات يتم اكتشاف المرض في مراحله المتقدمة بعد سلسلة من صور الأشعة بالباريوم أو بعد صورة مقطعية للمعى الدقيق. واعتماداً على موقع الورم، يتمكن الطبيب من رؤية الأنسجة السرطانية واختزاع عينة منها بواسطة المنظار.

ويتمثل العلاج المعتمد في استئصال النسيج السرطاني جراحياً. أما إن تعذر القيام بالجراحة أو فشلت في إيقاف انتشار المرض، يلجأ الطبيب إلى العلاج الكيميائي أو الأشعة أو كليهما لإبطاء نمو الورم



وتخفيف العوارض. يعتمد الإتجاه المحتمل أن يتخذ هذا النوع من السرطان على مدى انتشار الورم.

### سرطان المرارة ومجرى الصفراء

#### علاماته وعوارضه

- اصفرار البشرة والعينين (يرقان).
- ألم في البطن.
- غثيان
- تعب
- نقصان الوزن.

هما من الحالات النادرة أيضاً. إذ يصيب سرطان المرارة حوالي واحد من بين كل 000,50 أميركي، هم عادة نساء في الستينيات والسبعينيات من العمر لديهن تاريخ بحصى المرارة. إذ يتضاعف احتمال الإصابة بسرطان المرارة أربع إلى خمس مرات عند وجود حصى في المرارة. ولأسباب غير مؤكدة، يبدو بأن خطر الإصابة يرتفع أيضاً في حال وجود حصاة واحدة كبيرة في المرارة عوضاً عن عدة حصى صغيرة.

ووفقاً للتقديرات فإن أكثر من 80 بالمئة من سرطانات المرارة هي من الأورام الغدية السرطانية. ونظراً لقلّة العوارض التي يسببها سرطان المرارة في مراحله الأولى، نادراً ما يتم تشخيص المرض في الوقت المناسب لشفائه. وعندما تبدأ العوارض بالظهور، تكون ناجمة عن امتداد السرطان وسدّه للبنى المجاورة، كمجاري الصفراء، مؤدياً إلى اليرقان.



ومن شأن سرطان مجاري الصفراء أن يشمل أوعية الصفراء داخل الكبد أو أن يظهر في المجاري الممتدة خارج الكبد. ويعتبر التهاب مجرى الصفراء التصليبي الأولي وهو حالة التهابية تصيب مجاري الصفراء وغالباً ما تقترن بالتهاب القولون التقرحي، عامل خطر معروف.

### التشخيص والعلاج

غالباً ما يتم اكتشاف السرطانات المبكرة عرضياً أثناء جراحة المرارة لإزالة الحصى. ويمكن للتصوير ما فوق الصوتي غالباً أن يكشف سرطان المرارة في نصف الحالات فقط، حين يكون المرض في مراحله الأخيرة. وقليلاً ما تساعد تقنيات التصوير المتقدمة، كالتصوير المقطعي، في كشف السرطانات المبكرة، بالرغم من أنه بمقدور هذه الاختبارات أن تحدد مدى امتداد المرض.

ومن شأن استئصال المرارة أن يشفي السرطان المبكر. ولكن فور امتداد المرض، يبدأ الطبيب بالتركيز على تخفيف الألم وتحسين حياة المريض بواسطة الدواء أو الأشعة.

أما سرطان مجاري الصفراء فيتم علاجه عموماً بالجراحة. وقد يتضمن العلاج أيضاً استعمال الأشعة أو العلاج الكيميائي. وفي حال تعذر إجراء الجراحة، يضع الطبيب جهازاً دقيقاً (قالباً) في المجرى لإبقائه مفتوحاً وتخفيف اليرقان. أما معدل إطالة حياة المريض بسرطان مجرى الصفراء لخمس سنوات فهو شبيه بحالة سرطان المرارة.

### سرطان الكبد



إنّ معظم سرطانات الكبد لا تبدأ في الكبد بل تمتد إليه من مواضع أخرى، وهذا ما يسمى السرطان الثانوي أو الانتقالي. أما السرطان الأولي الذي يبدأ في الكبد فهو أقل انتشاراً.

### علاماته وعوارضه

- ألم في البطن.
- نقصان في الوزن.
- ورم في البطن.
- اصفرار في البشرة والعينين (يرقان).

وسرطان الكبد الأولي على عدة أنواع، إلا أنّ 8 من كل 10 حالات هي من سرطان خلايا الكبد أو ورم الكبد. وتتكون هذه السرطانات من خلايا الكبد، وهي الخلايا الأكثر انتشاراً في هذا العضو. ويعتقد الباحثون بأنه ثمة ما يتلف حمض DNA في خلايا الكبد ويؤدي إلى تسرطنها.

ويعتبر سرطان الكبد أكثر شيوعاً لدى الرجال منه لدى النساء، ويظهر عادةً بعد سن الأربعين. وتزيد العوامل التالية خطر الإصابة:

- تشمع الكبد.
- التهاب الكبد ب أو ج المزمنين.
- التعرض الطويل الأمد لأفلاتوكسين، وهو عامل سام ينتجه فطر الرشاشيات.
- التعرض لكلوريد الفينيل الكيميائي المستعمل في بعض أنواع البلاستيك.
- الاستعمال الطويل الأمد للهرمونات الذكورية التي تضاعف كتلة العضلات وقوتها (الستيروبيدات البنائية).



## التشخيص

تشير التقديرات إلى أنه سيتم في هذه السنة تشخيص 15,000 حالة لسرطان الكبد في الولايات المتحدة. وكما هو الأمر مع معظم السرطانات الهضمية، لا يسبب سرطان الكبد سوى بعض العوارض في مراحله الأولى. وفي الوقت الذي تبدأ فيه العوارض بالظهور، غالباً ما يكون المرض قد بلغ مرحلة يعجز الطب عن شفائه، علماً أنّ العناية بالمريض تظلّ ممكنة.

وتقوم الخطوة الأولى على تصوير الكبد بالموجات ما فوق الصوتية أو الأشعة المقطعية أو الرنين المغناطيسي (MRI). وفي حال أظهر أي من هذه الاختبارات إصابة بالسرطان، يتم اختراع عينة لإخضاعها للفحص.

## العلاج

تعتبر الجراحة العلاج الأكثر فاعلية لسرطان الكبد. وفي حال كان الورم صغيراً، بمقدور الطبيب استئصاله وشفائه. وبالنسبة إلى مجموعة محدودة من الناس الذين تتوفر لديهم معايير معينة، يمكن إجراء زراعة للكبد. أما العلاجات الباقية، فهي غير شافية في معظم الحالات، ولكن من شأنها تخفيف العوارض وإطالة حياة المريض. وهي تشمل على:

- إيقاف وصول الدم إلى الورم عبر ربط الشريان الذي يغذيه جراحياً، أو حقن مواد تسد الشريان.
- إيقاف وصول الدم إلى الورم ووضع عقار كيميائي في الشريان المختوم (السد الكيميائي).
- حقن كحول مركز في الورم لتدمير الخلايا السرطانية (الاستئصال بالإيثانول)



- تدمير الورم بتجليده (الجراحة التبريدية).
  - تدمير الخلايا السرطانية بالموجات الإشعاعية العالية التواتر (الاستئصال بتواتر الإشعاعي).
- ومن شأن العلاج التقليدي الكيميائي والشعاعي أن يساعد على تقليص الورم ولكنه لا يساهم في إطالة حياة المريض. يعتمد الاتجاه الذي سيتخذه المرض على مدى انتشار الورم. ومن الأفضل مناقشة هذا الأمر مع الطبيب.

## سرطان البنكرياس

### علاماته وعوارضه

- ألم في البطن.
- نقصان في الوزن.
- اصفرار البشرة والعينين (يرقان).

بالرغم من أنّ سرطان البنكرياس لا يشكل سوى 1 إلى 2 بالمئة من جميع حالات السرطان في أميركا، إلا أنه يعتبر رابع الأسباب المؤدية إلى الوفاة بالسرطان. ولا يسبب المرض عادة أية عوارض حتى يتقدم ويصبح غير قابل للشفاء. أضف إلى البنكرياس يقع عميقاً في البطن خلف أعضاء أخرى مما يجعل من الصعوبة على الطبيب كشف الورم بمجرد تحسس المنطقة. وحوالي 95 بالمئة من سرطانات البنكرياس هي من السرطانات الغدية التي تنمو في بطانة مجاري البنكرياس وتظل لسنوات قبل أن يتم اكتشافها.

والواقع أنّ الباحثين قد أحرزوا تقدماً في فهم التغيرات التي تطرأ على حمض DNA وتؤدي إلى سرطان البنكرياس. غير أنّ كيفية تكون



السرطان وسببه لا يزالان محاطين بكثير من الغموض. وثمة عوامل عدة من شأنها أن تضاعف خطر الإصابة:

**التدخين.** يمكن لاستعمال التبغ أن يؤدي دوراً في تكون السرطان لدى واحد من كل ثلاثة أشخاص يصابون بسرطان البنكرياس.

**التقدم في السن.** معظم المصابين يكونون بين الستين والثمانين من العمر حين يتم تشخيص المرض لديهم.

**الجنس.** يعتبر الرجال أكثر عرضة للإصابة بالمرض من النساء بنسبة 30 بالمئة.

**العرق.** يعتبر السود أكثر عرضة للإصابة بسرطان البنكرياس من باقي الأعراق.

**التهاب البنكرياس المزمن.** قلة من الأشخاص الذين يعانون من التهاب البنكرياس المزمن يصابون بسرطان البنكرياس، وهذا ما يجعل الالتهاب المزمن سبباً غير مؤكد.

### **التشخيص والعلاج**

يعتبر التصوير بالموجات ما فوق الصوتية والتصوير المقطعي والرنين المغناطيسي أكثر اختبارات التشخيص استعمالاً لكشف سرطان البنكرياس. وفي حال كانت نتيجة الاختبار إيجابية، يتم إتباعه بعملية اختزاع بالإبرة الموجهة بالموجات ما فوق الصوتية لأخذ عينة من النسيج المريض. كما يمكن الحصول على العينة بالتنظير بواسطة أنبوب طويل ومرن مجهز بأدوات قطع. إذ يتم إدخال المنظار عبر الفم والمريء والمعدة إلى أعلى المعى الدقيق، الاثني عشري، الذي يفرز فيه البنكرياس كيميائياته.



وفي حال كان السرطان محصوراً في البنكرياس، فإن استئصال البنكرياس كلياً أو جزئياً قد يشفي المرض. وتعتبر عملية ويبيل هي الجراحة الأبرز في هذا المجال، وهي تقوم على استئصال جزء من البنكرياس وجزء من المعدة والجزء الأول من المعى الدقيق، بالإضافة إلى كامل المرارة وجزء من مجرى الصفراء العام. ونظراً لصعوبة هذه العملية، فإن 2 بالمئة من المرضى يموتون نتيجة لمضاعفات الجراحة في المستشفيات الكبيرة بالرغم من خبرة الجراحين في هذا المضمار. بينما ترتفع هذه النسبة في المستشفيات الصغيرة. ومن شأن الأشعة والعلاج الكيميائي أن يساهما في إطالة حياة المريض ولكنها لا يشفيان سرطان البنكرياس. يعتمد الاتجاه الذي يحتمل أن تتخذه المراحل الأكثر تقدماً من السرطان على مدى انتشار الورم.

### سرطان القولون والمستقيم

#### علاماته وعوارضه

- دم في البراز.
- تغير في عادات الأمعاء.
- ألم في البطن.
- نقصان في الوزن.

يعتبر سرطان القولون والمستقيم أكثر السرطانات الهضمية شيوعاً. إذ يتم سنوياً تشخيص حوالي 130,000 حالة في الولايات المتحدة. وخلافاً لمعظم السرطانات الهضمية، فإن معدل عيش المريض لمدة طويلة جيد، شرط أن يتم اكتشاف المرض باكراً. إذ تفوق نسبة عيش المصابين في المراحل المبكرة لمدة خمس سنوات 90 بالمئة.



ومن شأن اختبارات الكشف أن تسمح بتشخيص سرطان القولون والمستقيم في مراحله المبكرة. ولكن تكمن المشكلة في أنّ كثيراً من الناس لا يستفيدون من الاختبارات المتوفرة. وهي تعتبر مسؤولة جزئياً عن وفاة أكثر من 50,000 أميركي سنوياً بسرطان القولون والمستقيم، الذي يأتي بذلك في المرتبة الثانية بعد سرطان الرئة كسبب مسؤول عن الوفيات في الولايات المتحدة. وفور امتداد هذا السرطان إلى الأعضاء أو العقد اللمفاوية المحاذية، تنخفض نسبة عيش المريض لمدة خمس سنوات.

### هل أنت عرضة للمرض؟

كما هو الأمر مع كثير من السرطانات الهضمية، يبدو بأن الوراثة ونمط الحياة يؤديان دوراً هاماً في تكون سرطان القولون والمستقيم. وتشتمل عوامل الخطر المعروفة على:

**التاريخ العائلي.** يرتفع خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم إن أصيب به أحد أفراد العائلة الآخرون. فجميع أشكال هذا السرطان تمتلك أساساً جينياً. غير أنّ في بعض أنواعه، وهي تشكل 5 إلى 10 بالمئة من الحالات، يعتبر خطر وراثة المرض مرتفعاً جداً.

ويدعى أحد أنواع سرطان القولون والمستقيم الموروثة مرض سرطان القولون الوراثي غير السليلي (HNPCC). وفي حال وجود هذا الخلل، يرتفع احتمال نقل الجينة إلى جميع الأطفال إلى نسبة 50 بالمئة. كما يصل احتمال الإصابة بسرطان القولون والمستقيم في سن أكثر شباباً إلى نسبة 80 بالمئة. إذ يبلغ متوسط سن تشخيص المرض لدى الذين يحملون هذا الخلل 45 سنة، مقابل 65 سنة للذين يصابون بسرطان القولون والمستقيم غير الوراثي.



وثمة حالة وراثية أخرى هي الورم الغدي السليبي العائلي (FAP)، الذي يسبب مئات لا بل آلاف من الأورام الدقيقة غير السرطانية (سليبات) في القولون والمستقيم. وأول ما تبدأ السليبات بالظهور في سن المراهقة. وفي جميع الحالات تقريباً، يتكون السرطان في واحدة أو أكثر من هذه السليبات، بين سن الثلاثين والخمسين عموماً.

**سليبات القولون والمستقيم.** يبدأ أكثر من 95 بالمئة من سرطانات القولون والمستقيم كتغيرات في البطانة المعوية، وتدعى أوراماً غدية. ولا تصبح جميع السليبات سرطانية، إلا أن معظم سرطانات القولون تبدأ كسليبات (أنظر فقرة "سليبات القولون والمستقيم: إنذارات مبكرة").

**سرطان سابق في القولون والمستقيم.** قد تتكون سرطانات أو سليبات جديدة في مواضع أخرى من القولون أو المستقيم.

**العرق.** يعتبر الرجال والنساء السود أكثر عرضة للإصابة بسرطان القولون والمستقيم. فبين عامي 1973 و1992، ازداد معدل الإصابة بهذا السرطان بنسبة 40 بالمئة لدى الرجال السود و16 بالمئة لدى النساء السود.

**التقدم في السن.** فتسعة من كل 10 أشخاص مصابين بسرطان القولون والمستقيم يفوقون سن الخمسين.

**تاريخ بمرض الأمعاء الالتهابية.** إن كان للمريض تاريخ طويل مع التهاب القولون التقرحي أو مرض كرون، يرتفع احتمال إصابته بسرطان القولون والمستقيم.

**التدخين.** تظهر الدراسات ارتفاع معدل السرطان بين مدخني التبغ. وكلما طالت فترة التدخين ازدادت كمية التبغ المستعملة وارتفع خطر

## الإصابة.

**الغذاء.** الأشخاص الذين يعتمدون غذاء غنياً بالدهون، يحتوي خاصة على كثير من اللحم الأحمر كلحم البقر والخنزير والغنم، هم أكثر عرضة للإصابة بالمرض. أما الغذاء الغني بالألياف فلطالما اعتبر بأنه يقلص خطر تكوّن سرطان القولون والمستقيم. إلا أنّ دور الألياف لا يزال موضع خلاف. فاستناداً للدراسات التي أجريت مؤخراً ليس بمقدور هذه المغذيات أن تحمي الجسد من خطر سرطان القولون والمستقيم.

**الرياضة.** إذ يبدو بأن الأشخاص الخاملون هم أكثر عرضة للإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

## عوارض المرض

تختلف العوارض اعتماداً على موضع السرطان وامتداده. فإن تكوّن المرض في أسفل القولون أو المستقيم، من شأنه أن يسدّ ممرّ البراز مؤدياً إلى حدوث تقلصات وإلى جعل عملية التبرز أكثر صعوبة. فيشعر المريض بالحاجة إلى التبرز تكراراً حتى بعد خروج البراز. ويشكل ظهور الدم في البراز أو على فوط الحمام إنذاراً إضافياً.

أما تكوّن السرطان في منطقة أعلى من القولون فيسبب فقر الدم والتعب نتيجة للدم المفقود الذي قد يعجز المريض عن رؤيته، إذ يكون عادة ممزوجاً بالبراز وداكن اللون. وتشتمل العوارض الأخرى على إسهال أو إمساك متواصلين، وعلى تراجع الشهية إضافةً إلى نقصان الوزن من دون سبب واضح وألم البطن.

## التشخيص



ثمة اختبارات عدة لمراقبة سلامة القولون والمستقيم لكشف السرطان. وهي تشمل:

- تنظير القولون.
- تنظير القولون السيني.
- صورة أشعة إكس للقولون (مع حقنة شرجية تحتوي باريوم).
- الفحص المستقيمي الرقمي.
- تحليل الدم الخفي في البراز.

ويعتبر تنظير القولون هو الاختبار الأدق لكشف سرطان القولون. ويتم خلاله إدخال أنبوب مرن ودقيق مجهز بكاميرا في المستقيم وصولاً إلى القولون. ويسمح هذا الاختبار للطبيب بالبحث عن الأورام السرطانية أو السليبات السابقة للسرطان. والواقع أنّ كشف السليبات واستئصالها يقلص احتمال تكون سرطان في القولون بنسبة تفوق 90 بالمئة. أما الاختبار البديل لتنظير القولون فيقوم على تنظير القولون السيني المقترن بحقنة شرجية تحتوي باريوم.

### العلاج

تعتبر الجراحة والعلاج الكيميائي الوسيلتين الأساسيتين لعلاج سرطان القولون. ويتم اعتماد هذين العلاجين بالنسبة إلى سرطان المستقيم بالإضافة إلى العلاج بالأشعة. ويخضع المريض لأنواع العلاج الثلاثة أو لواحد منها وفقاً لنوع السرطان، أي قولوني أو مستقيمي، ولصحته العامة إضافة إلى حجم الورم وموضعه وامتداده. وتعتبر الجراحة أحد خيارات العلاج، نظراً لتوفر عدة عمليات أخرى ناجحة. ففي حال كانت السليطة صغيرة الحجم، يمكن استئصالها أثناء تنظير القولون. وإلا فيعمد الطبيب إلى شق البطن واستئصال



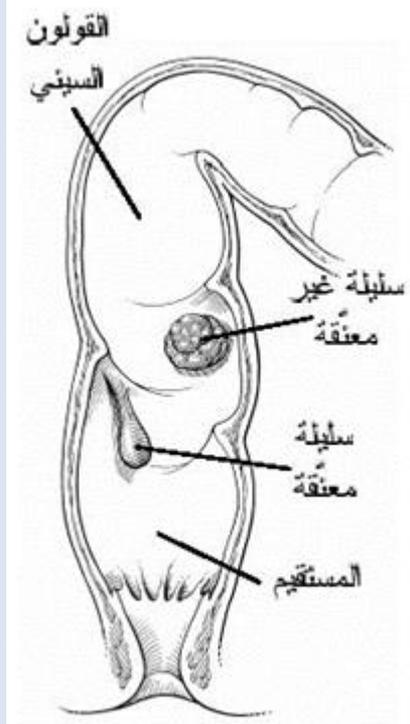
الجزء المريض من القولون مع جزء سليم من كلتا جهتيه. وقد يحاول الطبيب أيضاً أخذ خلايا مجهرية انتقلت من الورم الأساسي إلى أنسجة أخرى، كالعقد اللمفاوية.

### سليبات القولون والمستقيم: إنذارات مبكرة

إنّ النسيج الذي يبطن القولون والمستقيم يكون أملس عادة. غير أنه يحتوي لدى بعض الناس على سليبات، وهي عبارة عن أورام شبيهة بالفطر تنشأ من البطانة وتبرز في القناة التي تمر عبرها بقية الطعام. ويملك معظم المصابين بالسليبات واحدة أو عدة في أي وقت من الأوقات، بينما تتكون لدى البعض مئات لا بل آلاف منها.

ويرتفع خطر تكون السليبات مع التقدم في السن. فأربع من كل 10 أشخاص يفوقون سن الستين لديهم سليبات. وهي لا تصبح سرطانية إلا في بعض الحالات. فكلما صغر حجم السليبة ازداد احتمال تسرطنها. وتعتبر المرحلة السابقة للسرطان الفرصة الذهبية لكشف الورم واستئصاله. وبمقدور الطبيب إنجاز هذه المهمة أثناء تنظير القولون، إذ يتم إدخال سلك عبر تجويف في المنظار لاستئصال السليبة.





السليّات هي عبارة عن أورام دقيقة غير سرطانية بأشكال متنوعة من شأنها أن تتكون في القولون والمستقيم. وتدعى السليّات التي تنمو على عنق لحمي سليّات معنّقة، أما السليّات التي تنمو من دون قاعدة دقيقة فتسمى سليّات غير معنّقة.

ويجب إجراء تنظير للقولون أو تنظير للقولون السيني مع صورة أشعة للقولون بدءاً من سن الخمسين. ويكرر الاختبار كل خمس سنوات. أما بالنسبة إلى الأشخاص الأكثر عرضة لسرطان القولون والمستقيم، فقد يوصي الطبيب بالبدء بإجراء الاختبارات في سن أبكر ولمرات أكثر. ويحتوي الفصل 4 على معلومات أكثر عن اختبارات التشخيص.

وفي محاولة للكشف في مرحلة أبكر عن الأشخاص المعرضون للإصابة بالسليّات وبالسرطان لاحقاً، يجري أطباء مايو كلينك تجارب بواسطة عدسات مكبرة مثبتة على



منظار القولون. وبهذه العدسات التي تكبر الحجم الطبيعي  
مئة مرة، يبحث الأطباء عن تغيرات في شكل الخلايا تدعى  
البؤرات الخفية الشاذة في النسيج الذي يبطن القولون.  
ويقوم الباحثون بعدّ البؤرات التي يعثرون عليها لدى  
المشاركين في الدراسة لمعرفة ما إذا كان ثمة عدد يشير إلى  
ارتفاع خطر تكون السليالات.

وثمة خيار آخر يتمثل بالجراحة التنظيرية للبطن، بحيث يستأصل  
الجراح جزءاً من القولون عبر ثلاثة أو أربعة شقوق صغيرة عوضاً عن  
شق واحد كبير. وقد أحرزت الجراحة التنظيرية من قبل جراحين ذوي  
خبرة نتائج جيدة. إذ يلزم المريض المستشفى لوقت أقصر كما يقل  
خطر حدوث مضاعفات بعد الجراحة.

ويمكن إتباع الجراحة بالعلاج بالأشعة أو بالعلاج الكيميائي لقتل  
الخلايا السرطانية التي تبقى بعد الجراحة. أما بالنسبة إلى حالات  
السرطان المتقدمة التي لا يمكن علاجها جراحياً، فيمكن للعلاج  
الكيميائي والأشعة أن يساهما في تقليص الأورام وتخفيف العوارض  
وإطالة حياة المريض.

ويعتمد نجاح العلاج على مدى تقدم المرض. فإن تم اكتشاف الورم  
باكراً، تتضاعف فرص الشفاء. ولكن بعد امتداد السرطان إلى  
الأعضاء والعقد اللمفاوية المجاورة، تنخفض نسبة العيش لخمس  
سنوات إلى 65 بالمئة وما دون. وفور انتشاره إلى أعضاء حيوية أبعد،  
كالكبد مثلاً، تنخفض نسبة العيش لخمس سنوات إلى نسب أدنى. إن  
طبيبك هو أفضل من يبحث هذا الأمر معك.



## حول رئيس التحرير

ما زال الدكتور جون كينغ يعالج المرض في مايو كلينك منذ 28 عاماً. وقد انضم إلى قسم أمراض المعدة والأمعاء والكبد في مايو كلينك خلال العام 1972. والدكتور كينغ هو أستاذ زميل في مدرسة الطب في مايو، حيث حاز على جائزة العميد للتميز (Dean's Recognition Award) في العام 1995 لعطاءه المبرّز للتعليم الطبي. وقد قدّم الدكتور كينغ العديد من المقالات للمجلات العلمية، وهو نشط في العديد من الهيئات المتخصصة في الوقاية من الأمراض الهضمية وعلاجها. وهو يشغل حالياً منصب المحرر الطبي في مركز الجهاز الهضمي على موقع مايو كلينك ([www.MayoClinic.com](http://www.MayoClinic.com)) على شبكة الوب.

