



DAVIDSON'S

Principles and Practice of Medicine

أمراض جهاز الهضم

والبنكرياس

(ديفيدسون)

ترجمة

د. محمد القلا

د. حسن كويتر

هيئة التحرير :

د. محمود حلوزي

رئيسقسم الطب

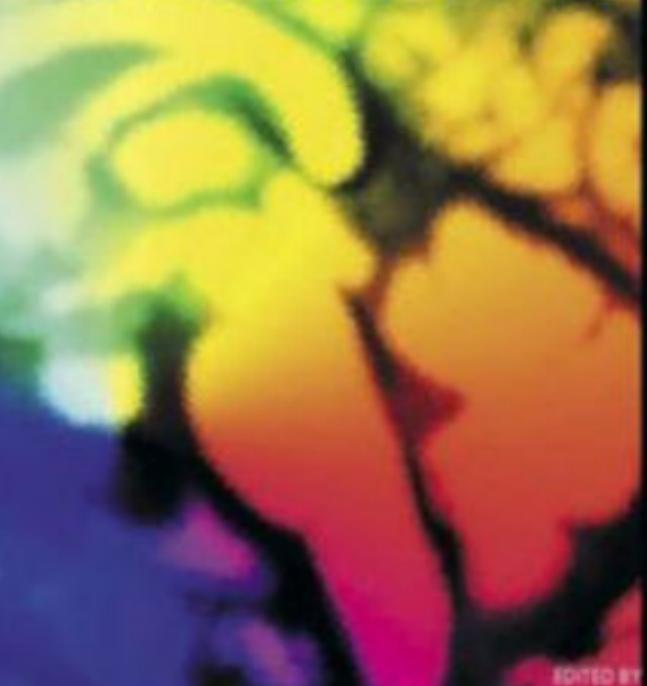
أ. زياد الخطيب

رئيس قسم الترجمة



DAVIDSON'S

Principles and Practice of



EDITED BY

Christopher Haslett
Edwin R. Chilvers
Nicholas A. Boon
Nicki R. Colledge

INTERNATIONAL EDITOR
John A.A. Hunter



PRINCIPLES
AND PRACTICE OF
MEDICINE

DAVIDSON'S

Principles
and Practice of

MEDICINE

19TH EDITION

Christopher P. Cannon
Edward B. Fischl
Nicholas J. Gamiello
Mark R. Gold
John A. Hartung

DAVIDSON'S
Principles and Practice of
MEDICINE

19TH EDITION



WILEY

DAVIDSON'S
Davidson's
Principles and Practice of Medicine

19th Edition

ديفيدسون
مبادئ و ممارسات الطب الباطني
النسخة العربية

هذه النسخة للدعاية، يرجى شراء الكتاب إذا أجبك
www.dar-alquds.com

By: Dr. WISS



أمراض جهاز الهضم والبنكرياس

(ديفيدسون)

ترجمة

د. حسن كويدر

د. محمد القلا

هيئة التحرير :

د. محمود حلوزي

رئيس القسم الطبي

د. محمود حلوزي

رئيس القسم الترجمة

أ. زياد الخطيب

نَفْوَقُ الْطَّبِيعَ مَدْفُوضَةٌ

دار الفُقدس للعلوم

لِلِّطِبَاعَةِ وَالنَّسِيرِ وَالتَّوزِيعِ

دِمَشْقُ - يَرْمُوكُ - هَاتِفٌ : ٦٣٤٥٢٩١

www.dar-alquds.com

مقدمة الناشر

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين وأفضل الصلاة واتم التسلیم على سیدنا محمد وعلى آله
واصحابه أجمعین وبعد :

فإننا إذ نهنئ أنفسنا على الثقة الفالية التي منحها لنا قراؤنا الأعزاء وانطلاقاً
من حرصنا على تقديم الجديد والمفيد في ميادين العلوم الطبية يسرنا أن نقدم للزملاء
الأطباء والأخوة طلاب العلم هذا المرجع القيم في الأمراض الباطنة (ديفيدسون) وقد
جاء اختيارنا له لما يتمتع به من سمعة طيبة وتتناسب في معلوماته.
وقد عملنا على تجزئة الكتاب إلى فصول تخدمها تباعاً ثم تقوم بجمعها بمجلد
واحد كما فعلنا في كتاب النلسون.

والشكر الجزييل لكل من ساهم في إنجاز هذا العمل راجين من الله عز وجل أن
يوفقنا دائمًا في اختيار الأفضل لرهد مكتبتنا الطبية العربية بكل ما هو قيم.

والله من وراء القصد

د. محمود طلوزي
رئيس القسم الطبي
وال مدير العام لدار القدس للعلوم

أمراض جهاز الهضم والبنكرياس

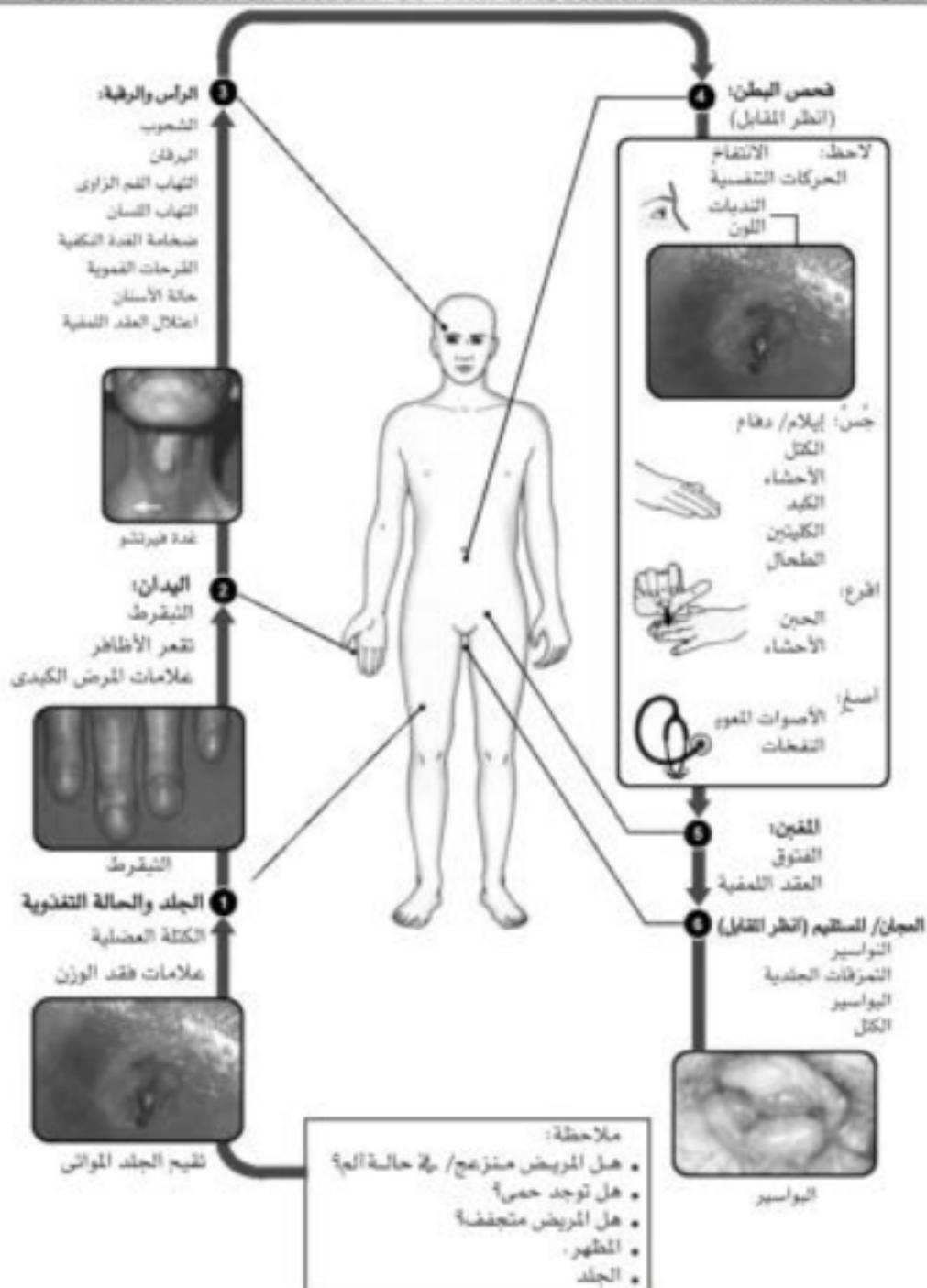
ALIMENTARY TRACT AND PANCREATIC DISEASE

١.	البطن الحاد	١١.	المخض المسؤول للجهاز الهضمي
٢.	الألم البطيء المزمن أو المفاجئ	١٢.	التشرير الوظيفي، والغيربريموكودا والاستخلصات
٣.	الإمساك الشديد	١٣.	التشرير الوظيفي
٤.	أمراض القلب والغدة الدرقية	١٤.	الذري
٥.	التقرح الفلامي	١٥.	الصدمة والصفع
٦.	حذار قسنطينة	١٦.	الأعنة، النقطية
٧.	داء اليهودية	١٧.	الاستكباريون
٨.	التهاب الكلبة	١٨.	الكتورون
٩.	أمراض الكلى	١٩.	تقطير الوظيفة المختصرة
١٠.	داء العجز العصبي الوريدي	٢٠.	الحملة العصبية للعربة
١١.	أسباب أخرى لالتهاب الكلى	٢١.	الهرمونات التقوية
١٢.	الاضطرابات المراكبة	٢٢.	استخفاف اعراض السبيل الهضمي
١٣.	الجوب الباقي	٢٣.	اختبارات البولية، التصوير
١٤.	لارتفاعات الوري	٢٤.	اختبارات الخمج
١٥.	اضطرابات الوري الحركية الأخرى	٢٥.	اختبارات الوظيفة
١٦.	أسباب الاقرحة المزمنة لحركة الوري	٢٦.	اختبارات الطفاير المتشعة
١٧.	التصبغ الوريي الحمدي	٢٧.	انتظامات الرؤوسية للأمراض المختصرة
١٨.	أورام الوري	٢٨.	سرقة الباع
١٩.	الأورام الحميدة	٢٩.	سرر المقدم
٢٠.	سرطان الوري	٣٠.	الإفراط
٢١.	انكبات الوري	٣١.	التزلف الهضمي
٢٢.	التهاب المعدة والصفر	٣٢.	الارتفاعات البولية
٢٣.	التهاب المعدة الحاد	٣٣.	ارتفاعات الطفاير المتشعة
٢٤.	التهاب المعدة المزمن عن الإنفلونزا	٣٤.	انتظامات الرؤوسية للأمراض المختصرة
٢٥.	متلازمة الوري	٣٥.	سرقة الباع
٢٦.	التهاب المعدة الدوائي	٣٦.	سرر المقدم
٢٧.	داء متغيرين	٣٧.	الإفراط
٢٨.	داء القرحى الهضمي	٣٨.	الارتفاعات البولية
٢٩.	القرحة المعدية والمعدنية	٣٩.	ارتفاعات الطفاير المتشعة
٣٠.	متلازمة زجاج المسون	٤٠.	الإسهال الحاد

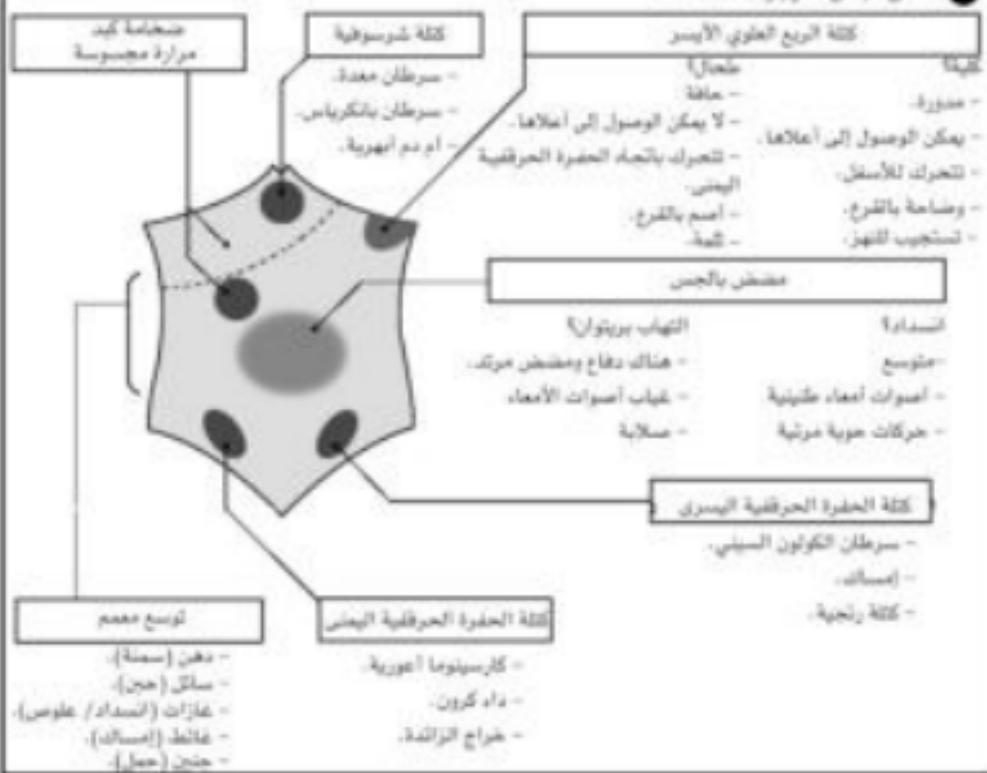
121.....	* أمراض البكتيرياں.....	92.....	* الانفلونزا الوبائية.....
121.....	* التهاب البكتيرياں الحاد.....	92.....	. عدم الاهتمام الافتراضي.....
127.....	* التهاب البكتيرياں اللزج.....	93.....	II. الأسباب الوبائية لإنفلونزا.....
131.....	* مشكلات البكتيرياں الخلطية.....	93.....	أ. أورام اللمفدة.....
131.....	I. البكتيرياں المجزأة (القصومة): [تشعب البكتيرياں].....	93.....	إ. السرطان العدي.....
131.....	II. البكتيرياں الخلطية.....	98.....	III. المفروضة المعدوية.....
131.....	III. الكيس.....	98.....	III. أورام المعدة الأخرى.....
132.....	* أورام البكتيرياں.....	99.....	* اضطرابات الأداء المدققة.....
135.....	* إلزام الصناعية.....	99.....	* اضطرابات المحدثة لسوء الأداء المدققة.....
137.....	* الداء الوعوي الالتهابي.....	99.....	إ. الداء الزلالي.....
155.....	التهاب الكثoron التجهيز.....	103.....	II. التهاب الجلد حلي الشكل.....
155.....	* متلازمة الأمعاء الهبوطة.....	103.....	III. التهاب الاستوائي.....
159.....	* الإيدز وشحذيل المعدى التوعي.....	103.....	VII. درجة الملوء الجنوني في الأداء المدققة (مذكرة) المرودة (الموانئ).....
159.....	* أدبية المدى الإقدامية.....	104.....	VI. داء ويل.....
159.....	I. إنفلونزا الأمعاء الباطنية الحار.....	107.....	V. تخلص الأداء.....
160.....	II. الإنفلونزا الكولويشي العاد.....	108.....	VII. التهاب الأمعاء الشعاعي والتهاب الكولون والمسقق الشعاعي.....
160.....	III. الإنفلونزا السارسني الزمن.....	111.....	VIII. فقد سنا لميوريوتين الدم.....
161.....	* اضطرابات الكولون والمستقيم.....	112.....	* اضطرابات المعركة.....
161.....	* أورام الكولون والمستقيم.....	113.....	القصد المتعوي الكاذب الزمن.....
161.....	I. البرليبيات والمكالمات البروليفية.....	113.....	* اضطرابات متعددة للأداء المدققة.....
166.....	II. السرطان الكولوني المستقيم.....	114.....	I. الاستقلال المعرفي للضمير المزوجي.....
171.....	* ماء البرقوق.....	114.....	II. توسيع الارتعاش المخاطرية المعرفية.....
175.....	* الإنفكت واضطرابات القرطاء.....	115.....	III. تنفس الأداء المدققة.....
175.....	I. الإمساك البسيط.....	115.....	IV. التهاب المعدة والأمعاء بالمحضتين.....
175.....	II. الإمساك الشديد مجهول السبب.....	116.....	V. داء ميكن.....
176.....	III. الاصطدار البرازيلي.....	116.....	* انتفاخات الفخذالية المركبة.....
177.....	IV. نزلان الكولون ومتلازمة سوء استغاثة النساء.....	116.....	أ. عدم تحمل الطعام.....
177.....	V. الكولون المرتجل.....	116.....	II. إهمال الكافور.....
177.....	VI. التهاب المعدة.....	117.....	III. الإسهال الناجم عن المراكز الأخرى.....
178.....	VII. التهاب الكولوني الكاذب العاد.....	117.....	IV. التحسين الطفولي.....
178.....	متلازمة Ogilvie.....	118.....	* إيكارات الأداء المدققة.....
179.....	VIII. الإنفلونزا بالطلائحة الصفراء.....	118.....	أ. إهمال النساء.....
180.....	VIII. البططة الرحمية المتهدمة (الإنفروستيفر).....	118.....	II. داء الجوارييات.....
181.....	IX. الفراز الوعوي الكيس.....	118.....	III. داء الأقيمات.....
181.....	* اضطرابات الشرجية المستقيمية.....	118.....	IV. العمل البطيء.....
181.....	I. عدم الاستحسان البرازيلي.....	118.....	V. داء البولوكات المستقيمية.....
182.....	II. ال بواسير.....	118.....	VI. أورام الأمعاء الباطنية.....
182.....	III. الحركة الشرجية.....	119.....	VII. أورام المعدة.....
183.....	IV. متلازمة القرحة المستقيمية الوحيدة.....	119.....	III. المفروضة.....
183.....	V. الشلل الشرجي.....	120.....	III. الداء الناسجي التكاثري للأداء المدققة.....
184.....	VI. انفراصات والتوصير الشرجية المستقيمية.....	120.....	
184.....	* أمراض جوف البريتون.....		
184.....	I. التهاب البريتون.....		
184.....	II. الأورام.....		

الفحص السريري للجهاز الهضمي

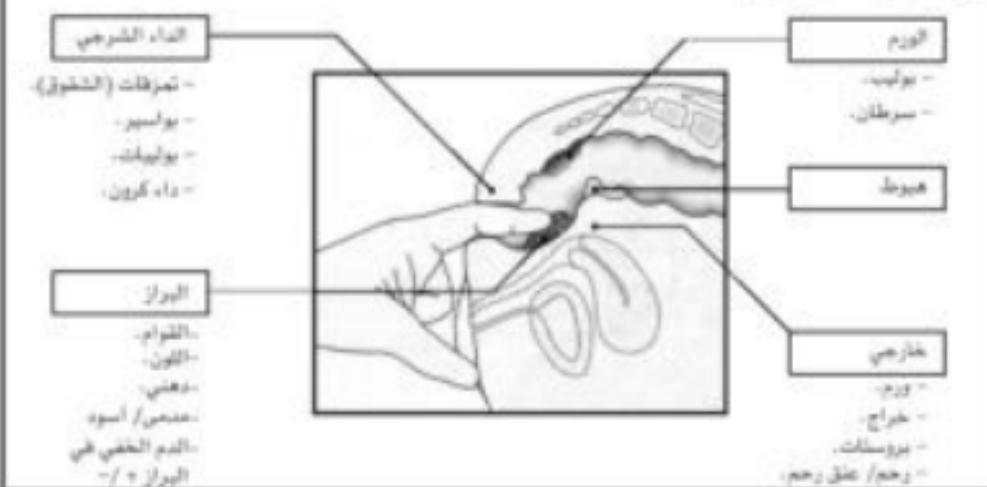
CLINICAL EXAMINATION OF THE GASTROINTESTINAL TRACT



٤. تحصين البطن: الموجودات المحتملة:



٥. تحصين المستقيم: الموجودات الشائعة:



تعد امراض الجهاز الهضمي سبباً رئيساً للمرأة والوفاة. تقريباً 10% من استشارات الأطباء العاملين في المملكة المتحدة هي من أجل سوء الهضم كما وأن واحدة من أصل 14 من الاستشارات هي من أجل الإسهال. علمًا أن الإسهال الإنثائي مسؤول عن كثير من الاعتلالات الصحية وعن كثير من الوفيات في العالم النامي. كما أن جهاز الهضم هو المكان الأكثر شيوعاً لتطور السرطان.

ولقد حصل تقدم عظيم في فهم تشخيص وتدبير الأمراض الهضمية. فقد فهمنا وبشكل كبير الحديثات الخلوية والجزئية في أمراضية الداء المعوي الالتهابي كما أنها أصبحتنا ندرك الحديثات الجزئية في تطور سرطان الكولون.

إن التقطير والوسائل المتقدمة الأخرى قد حسنت من إمكانية التشخيص. وقد حل التقطير العلاجي محل كثير من العمليات الجراحية للتلف الهضمي. وتلطيف الأورام ولجمال معين من الأمراض الصفراوية. كما أن الأدوية القوية أصبحت تخفف من عسرة الهضم وتحسن حالة كثير من المرضى الذين يعانون من الداء المعوي الالتهابي.

التشریح الوظیفی، والفیزیولوژیا والاستقامات

FUNCTIONAL ANATOMY, PHYSIOLOGY AND INVESTIGATIONS

FUNCTIONAL ANATOMY

التشریح الوظیفی

I. المري

المري آنبوب عصبي طوله 25 سم يمتد من الغضروف الحلقي إلى فتحة هؤلء المعدة وله محترنان علوي وسفلي وتنوم موجة بلعية (ازدادية) يدفع اللقمة الطعامية إلى المعدة (انظر الشكل 1).

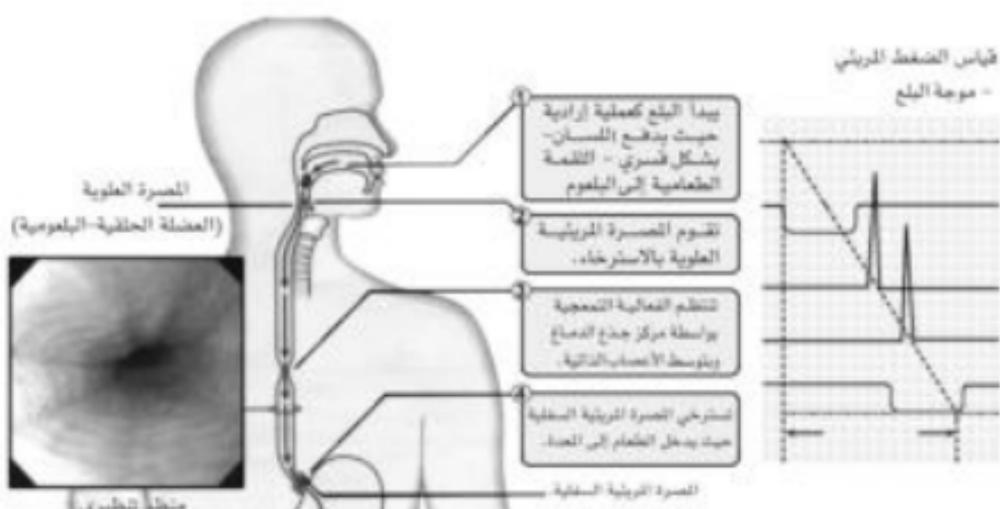
II. المعدة والمعفع STOMACH AND DUODENUM: (انظر الشكل 2)

تعمل المعدة كوعاء حيث تحتجز وتطعن الطعام ومن ثم تدفع محتوياتها بفعالية إلى القسم العلوي من الأمعاء الدقيقة.

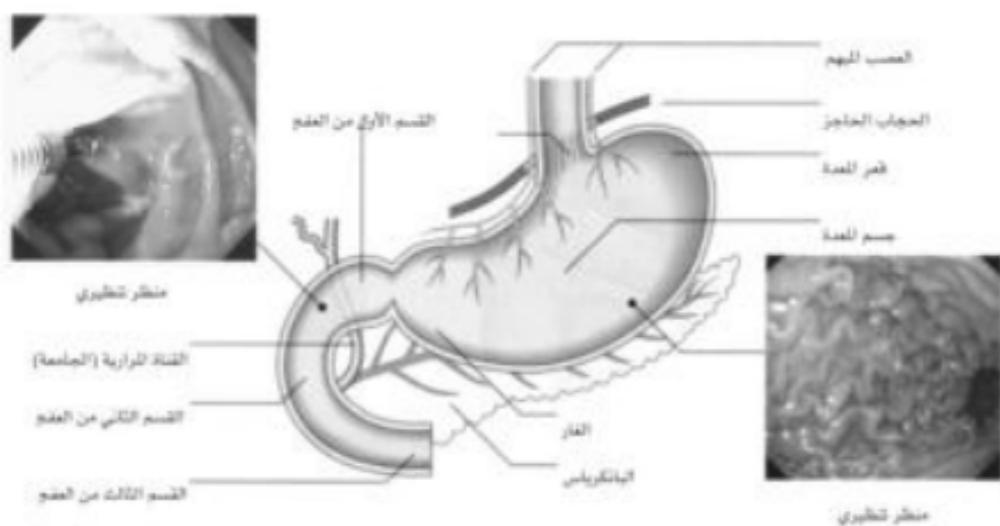
A. الإفراز المعدى:

تُفرز شوارد الهيدروجين مصحوبة بشوارد الكلور استجابة لالمعالجة K^+ / H^+ (مضخة البروتون) من الفشاد القسم للخلايا الجدارية (انظر الشكل 3) وبغضّن الحمض القسم العلوي من السبيل المعدى المعوي كما يحصل البرسيستونجين إلى بوسين. يفرز البرسيستونجين من الخلايا الرئيسية. هذا وإن العامل الداخلى الغلايكوبروتيني يُفرز بالتزامن مع الحمض وهو ضروري لامتصاص الفيتامين B_12 .

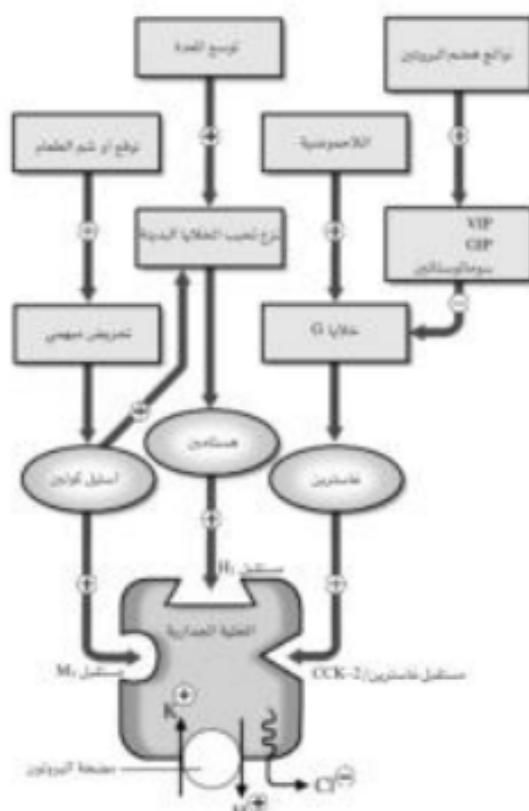
قياس المتفعل الريثمي
- موجة البلع



الشكل 2: التدريج والتوصيف. موجة البلع.



الشكل 3: التدريج الطبيعي للمعدة والمعفع.



الشكل 3. تنظيم الإفراز الحامضي. تقرر الخلية الجدارية المحمض استجابة لـ: النشاط الكولينergic والهستاميني والغاستروين وتأثير شوارد الهيدروجين بالتبادل مع شوارد البوتاسيوم عبر الغشاء القصبي للخلية الجدارية وتنتشر شوارد الكثرة بشكل منفصل لتحافظ على التعامل الكهربائي. VIP: عديد البيريتين المعاوي الشعالي. GIP: عديد الميتوبيت المعدي.

B. الغاستروين والسوماتوستاتين:

لتخرج خلايا G المتواجدة في القاف هرمون الغاستروين بينما تقرر خلايا D المتواجدة في أرجاء المعدة هرمون السوماتوستاتين. يتدخل هذان الهرمونان في تعديل الإفراز المعدي وحركية المعدة حيث يقوم هرمون الغاستروين بتنبيه الإفراز الحامضي بينما يقوم هرمون السوماتوستاتين بكبح هذا الإفراز.

C. عوامل الحماية:

تقوم كلّ من شوارد البيكاربونات والماء بحماية المخاطية المعدية المقحة من الخواص المقرحة للمحمض والبكتيريا.

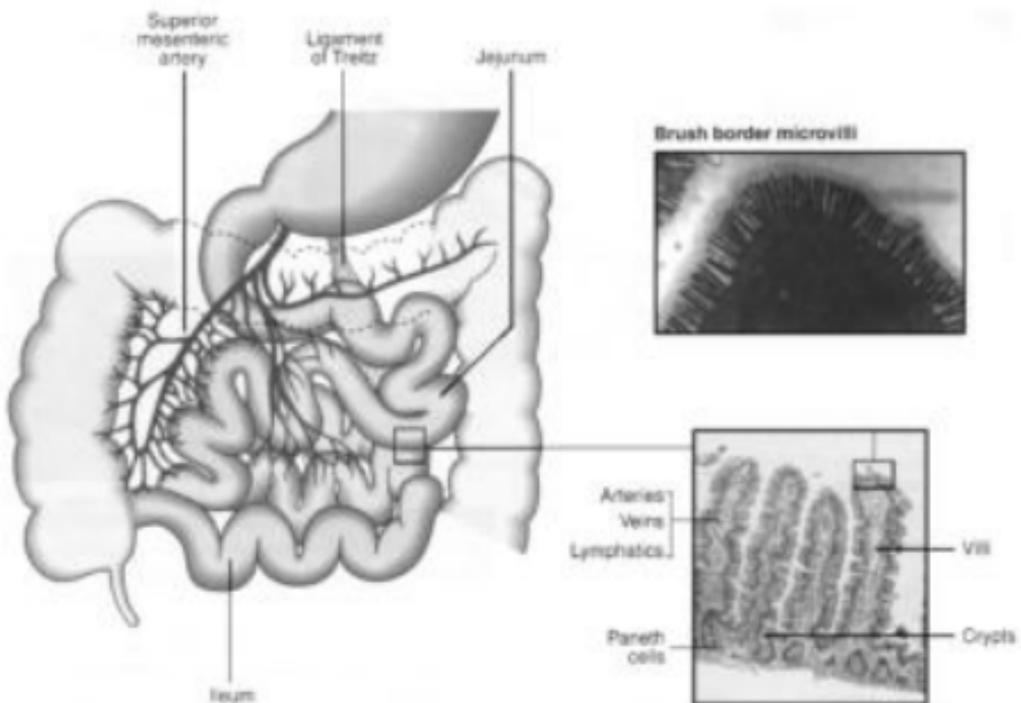
III. الأمعاء الدقيقة: SMALL INTESTINE

تمتد الأمعاء الدقيقة من رباط ترايتز إلى الدوسلم النقائصي الأعورى (انظر الشكل 4) وفي حالة الصيام تكون الفعالية المضلية غائبة لـ (80%) من الوقت على الأقل، وتترد كل 1-2 ساعة موجة من الفعالية التمعجية (تسمى التركب الحركي الهاجر) إلى أسفل الأمعاء الدقيقة.

بنية دخول الطعام إلى الجهاز الهضمي الفعالية التمعجية للأمعاء الدقيقة.

وظائف الأمعاء الدقيقة هي:

- الهضم.
- امتصاص نواتج الهضم والماء والشوارد والفيتامينات.
- الحماية ضد السموم المتداولة بالأكسي المثاعنة والميكانيكية والأنزيمية والتمعجية.



الشكل 4: الأمعاء الدقيقة: تشريحياً، تتشكل الخلايا المثلثية في الخبيايا Crypts ثم تتمايز حلالاً نحواجر إلى قمة الزغابات لتشكل الخلايا المغوية (الخلايا المناسبة) والخلايا الكلاسية.

A. الهضم والامتصاص:

I. الدسم:

تشتمل المواد الدسمة القوية على:

- ثلاثيات الغليسريد طويلة السلسلة (الغليسبرول "المكون الأساسي" المرتبط بثلاثة جزيئات حموض دسمة).
- استرات الكوليسترون.
- الفيتامينات المتحللة في الدسم (E, K, D, A).

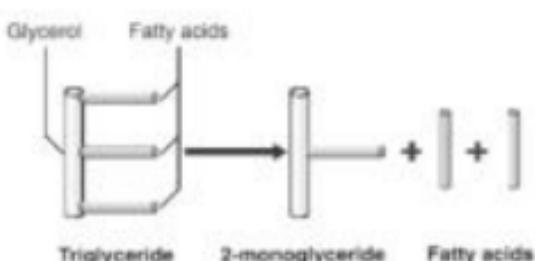
يتضمن الهضم والامتصاص خطوات متعددة ومتراصة فيما بينها تبدأ حالما يدخل الطعام جهاز الهضم.

ففي المعدة تؤدي حركات الخضر إلى استحلاب المواد الدسمة. كما تحدث حلمة محددة لثلاثيات الغليسريد إلى ثانيات الغليسريد وحموض دسم وذلك بسبب فعالية اللياز النساني المبتاع.

وفي الفم يحرر السبيكترين استجابة للتعرض للحمض، وهذا يحرض إفراز البكتيريونات البانكرياسية والتي بدورها تسبب تلوث محتويات الفم. يحرر الدسم الموجود داخل النمة الكوليسيستوكوكلين (CCK) ويحرض هنا الهرمون تقلص المريء واسترخاء عصارة أودي فينجم عن ذلك دخول الصفراء إلى الفم حيث تقوم هناك باستحلاب إضافية للبيبيدات لتشكيل الكيموس.

في الصائم العلوي، يحملة اللياز والكوليزيز البانكرياسيان ثلاثيات الغليسريد إلى أحاديد الغليسريد وحموض دسمة حررة (انظر الشكل 5)، بينما تتحلله الفوسفوليبيدات واسترات الكوليسترون بواسطة إنزيمات بانكرياسية أخرى. وإلى هنا يكون المزيج الليبيدي قد استخلص بالحموض الصفراوية إلى مذيلات مختلفة mixed micelles

في الأمعاء الدقيقة البعيدة: يعبر المحتوى الليبيدي للمذيلات المختلفة إلى الخلايا المغوية وذلك عبر الفشام الخلوي بينما تبقى الأملاح الصفراوية في الأمعاء ليُعاد امتصاسها في الدفلق الانتهائي حيث تمر عبر وريد الباب عائدة إلى الكبد وبعد ذلك تعود للدوران (الدوران المغوي الكيبي). أما في الخلايا المغوية فإن الحموض الدسمة وأحاديد الغليسريد وثانيات الغليسrid تتassتر من جديد لتشكل ثلاثيات الغليسrid والتي تختلف بالأبيوريونيات والفوسفوليبيدات والكوليسترون مشكلة الدفلق الكيبي والذى يتم في الشبكة المحيطية بلازمية الباطنة.



الشكل 5: حلمة ثلاثيات الغليسrid إلى أحاديد الغليسrid وحموض دسمة حررة المرحلة الصالحة من هضم الدسم.

أعراض جهاز الهضم والبكتيريا

وتفعيل المفاصق الكيلوسية الخلابا بطريقة التفتق الخلوي Exocytosis (المطريقة التي يتم بواسطتها إفراز الجزيئات الكبيرة التي لا يمكن عبورها من خلال الغشاء الخلوي حيث يتم تحرير الغشاء الخلوي أثناء طرحها). وتدخل أخيراً إلى الموران البابي وذلك عبر الجملة النسفية.

2. الكاربوهيدرات:

تشمل الكاربوهيدرات القوتية بشكل كبير النشاء عديد السكاريد وبعض السكريوز والالاكتوز، ويتحلله النشاء بواسطة أميلاز اللعاب والبانتكرياس إلى Alpha-Limit dextrins والتي تحوي 4-8 جزيئات غلوكوز إلى المالتوز ثانى السكاريد، وإلى مالتوزيني السكاريد، وتُهضم السكاريدات الشائنة بواسطة الأنزيمات المثبتة على نشاء الرزغيات لتشكل الغلوكوز والفالاكتوز والفركتوز أحديه السكاريد.

ويدخل الغلوكوز والفالاكتوز إلى الخلايا بواسطة عملية تتطلب سرف طاقة مستخدمة حاملاً بروتينياً، بينما يدخل الفركتوز بالانتشار البسيط.

3. البروتين:

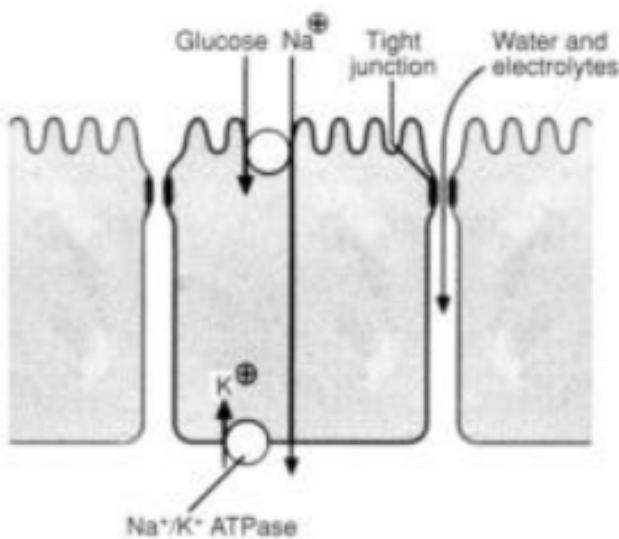
إن عملية الهضم التي تم في المعدة بواسطة البروتين بسيطة من حيث الكم إلا أنها هامة ذلك لأن عديدات البيبيتيد والحمومس الأمينية الناتجة عنها كافية لتحرير CCK من مخاطية الصائم القريب ويقوم الـ CCK المفرز بدوره بتحرير إفراز التريبيستوجين البانكرياسي إلى المفع، ويتعقل التريبيستوجين بواسطة هرمون الإنتروكيناز وهو هرمون مثبت على مخاطية المفع ليُفتح الأنزيم الفعال الحال للبروتين وهو التريبيسين، والذي يقوم بدوره بتنعيل سلسلة من الطلاق الأنزيمية البانكرياسية الأخرى والتي تقوم بهضم البروتينات لتشكل عديدات البيبيتيد والحمومس الأمينية. تختلف الأنزيمات من الإنديبيبيتيدازات وهي التريسين والكيموثريسين والإيلاستاز وتقوم هذه الإنديبيبيتيدازات بحلمية الروابط داخل البروتينات وتختلف هذه الأنزيمات أيضاً من الإكسوبستيدازات والتي تحلمه التهابية الكاربوكتسيلة.

وتقوم البيبيتيدازات الموجودة على الرزغيات بهضم عديدات البيبيتيد المتعددة لتشكل البيبيتيدات الشائنة والحمومس الأمينية والتي تتحسن بواسطة الحمل الناقلة الفعالة المعتمدة على الصوديوم، وفي الخلايا المعاوية تقوم البيبيتيدازات الموجودة في العصارة الخلوية بهضم البيبيتيدات الشائنة إلى حمومس أمينية.

4. الماء والشوارد:

يحدث امتصاص وإفراز الشوارد وإناء في كل الأمعاء، وبشكل حاصل الفرق بين الامتصاص والإفراز الانتقال المسلي، ويسقط الامتصاص عند الأشخاص السليمين، وينتقل الماء والشوارد بطريقين (انظر الشكل 6).

- الطريق جانب الخلوي: وفيه يحصل التدفق عبر الوسائل المحكمة بين الخلايا وكثيجة للمصال الخلوي والكهربى أو الملتى السكوتى.
- الطريق عبر الخلية: وذلك عبر الأغشية القمية والقاعدية الجانبية وبواسطة حوالن ناقلة فعالة ونوعية تتطلب سرف طاقة (مضخات).



الشكل 6: الانتقال القوافل للغلوكوز/ الصوديوم إن الانتقال القوافل للغلوكوز/ الصوديوم عبر الغشاء القصبي للخلية المغوية يستخدم مبادلة معتمدة على الماء وهي على الغشاء الجانبي القاعدية كما يستخدم حامل الغلوكوز والصوديوم على الغشاء القصبي، كما وتحدد حركة متغيرة للفوارد والشوارد عبر الوسائل الحكمة كنتيجة للمماث الكيميائي الكهربائي.

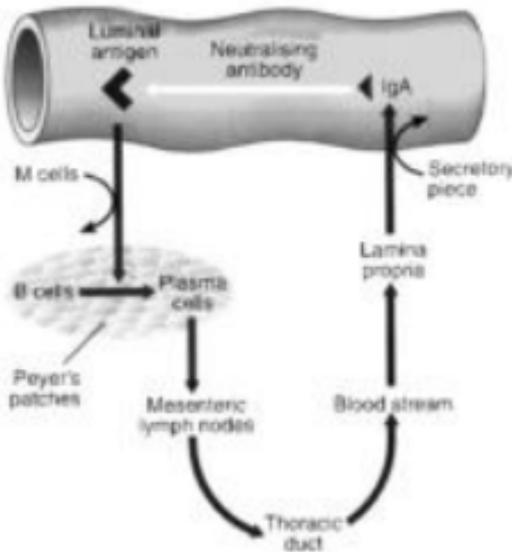
5. الفيتامينات والعناصر الزرقاء:

تمتص الفيتامينات المائية بالماء في كل الأمعاء. هنا وإن امتصاص حمض الفوليك والميتومن 12 والكلاسيوم والحديد موضوع في فصل آخر.

B. الوظيفة الوقائية للأمعاء الدقيقة:

1. التغطية:

توجد الخلايا المقاوية B و T والبالغة والبدنية في كل المخاطية المعدية المغوية. هنا وتشكل الأنسجة المقاوية المراقبة للمخاطية (MALT) 25٪ من محمل أنسجة الجسم المتفقية. وتنقل الجزيئات الكبيرة والجسيمات الفيروسية المتواجدة في اللمعة بواسطة خلايا M المتخصصة إلى لويحات بابير (انظر الشكل 7). وتشتمل هذه اللويحات على جزيئات ملئية ذات بنية شديدة الوضوح، وتتساير خلايا B المقاوية في لويحات بابير إلى خلايا بذلمية على التعرض للمستضدات وتهاجر هذه الخلايا إلى العقد المتفقة المساريقية ومن ثم إلى المجرى الدموي عبر القناة الصدرية لم تعود إلى الصفيحة الخاصة للأمعاء، وإلى الشجرة القصبية والعقد المتفقة الأخرى. ثم - فيما بعد - تحرر هذه الخلايا IgA والذي ينتقل إلى لمعة الأمعاء بعد ارتباطه بقطعة مُفرزة، وهو يقوم بإبطال مفعول المستضد.



الشكل 7. هجرة التسريع التخفي استجابة للتعرض لولد العقد.

ويقى دور الخلايا المفاوية T أقل وضوحاً، إلا أنه من المحتمل أنها تساعد في تمركز الخلايا البلازمية في مكان التعرض لولد العقد إضافة إلى أنها تتحجج وسانطة التهابية. وتقوم البالعات ببلعمة الأجسام الأجنبية كما أنها تتبع سلسلة من السيتوكينات التي تتوسط الآثار،

هذا وإن تشويط مستقبلات EGFR على سطح الخلية البدنية يؤدي إلى نزع التحبيب وتحرير جزيئات أخرى لها دور في العملية الالتهابية.

2. الحاجز المخاطي:

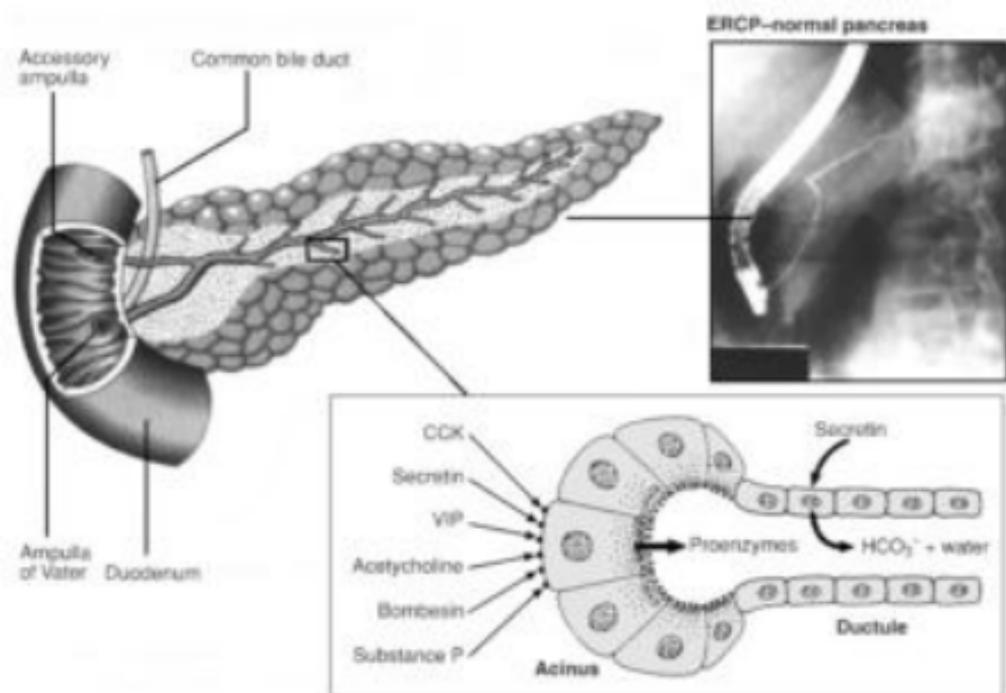
تكون الطبقة المطهارية في الجهاز المعدني الموي حاجزاً لمحبيات اللمعة ويتشتمل هذا الحاجز على المخاط المفرز بواسطة الخلايا الكاسية وعلى أغشية الخلايا الموية وكذلك على الوصلات المحكمة بين هذه الخلايا. وتتجدد هذه الخلايا بشكل مستمر وبالنسبة لتلك المتواجدة في الأمعاء الدقيقة فإنها تتجدد كل 48 ساعة.

IV. البانكرياس PANCREAS: (انظر الجدول 1)

إن الإفراز الخارجي للبانكرياس ضروري من أجل هضم الدسم والبروتين والكاربوهيدرات. هذا وتقرز الخلايا المنوية طلائع أنزيمية غير فعالة وذلك استجابة للهرمونات المعدية المعاوية الجائحة في الدوران (انظر الشكل 8). وبعد ذلك، تتفعل هذه الطلائع الأنزيمية بواسطة البريسين، كما ويُفرز سائل غني بالبيكاربونات من الخلايا القنوية وذلك ليؤمن درجة PH قلوية مثالية من أجل فعالية الأنزيمات.

الجدول 8: الأنزيمات البنكرياسية.

الناتج	المادة الخامسة لتأثير الأنزيم (المركيزة)	الأنزيم
Limit dextran المالتوز. الكتريوز.	النشاء والغликوجين.	الأميلاز.
أحاديات الغليسريد والحموض المسماة الحرة.	ثلاثيات الغليسريد.	الليسان. الكوليسيان.
عديدات البيوتيد التصيرة.	البروتينات وعديدات البيوتيد.	الأنزيمات المعاونة للبروتين. تريسيستوجين. كيموتريسيستوجين. بروبيلاستاز. بروكاربوكس بيتيداز.



الشكل 8: بنية البكتيريا ووظيفتها، تفرز الخلايا القiliaire سلسلة قلويًا استجابة للمسكرينين، تفرز الخلايا العنبية أنزيمات هاضنة من الحبيبات المولدة للأنزيمات استجابة لسلسلة من الحالات الإفرازية. تظهر الصورة المقناة البكتيريا العصبية الطبيعية وفروعها الجاذبية كما هي محددة في ERCP.

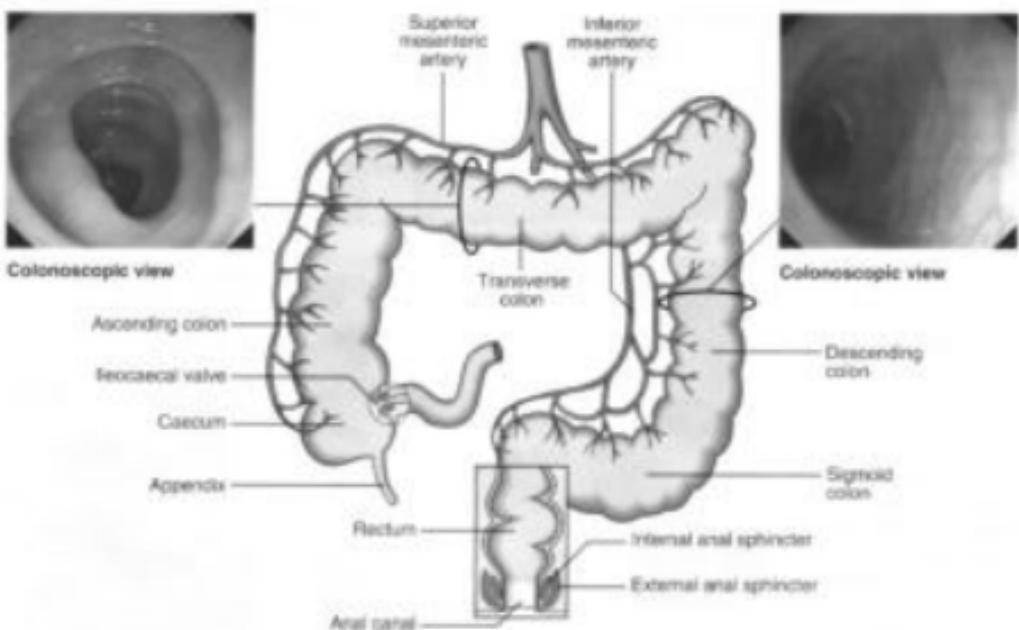
٧. الكولون: (انظر الشكل ٩).

يختص الكولون للاء والشوارد، كما ويعمل كعضو مخزن أيضاً وله فعالية تقلصية. حيث يحدث فيه نمطان من التقلصات أما النمط الأول فهو التشدف Segmentation (التقلص الحلقي) والذي يؤدي إلى المزج وليس إلى الدفع وهذا يسهل امتصاص الاء والشوارد. وأما النمط الثاني من التقلصات فهو الدفعي Propulsive (التقلص التمعجي) حيث تسبب الموجات الدفعية حركة كلية لعدة مرات في اليوم كما وتدفع كثلة الغاطس إلى المستقيم.

وتحضر كل الفعالية بعد التوجيات ربما استجابة لتحرر الموتيلين CCK.

ويعتمد استمساك البراز على المحافظة على الزاوية الشرجية المستديمة وعلى التقلص المقوّي للمصارات الشرجية الخارجية.

وإن استرخاء هذه المصارات مع زيادة الضغط داخل البطن الناجم عن مناوره فالسائلها وعن تقلص العضلات البطانية مع استرخاء المصارات الشرجية يؤدي إلى التفوم.



الشكل ٩. الشكل الطبيعي للكولون والمستقيم والفتحة الشرجية.

تنظيم الوفاقية الهضمية**CONTROL OF GASTROINTESTINAL FUNCTION**

إن الإفراز والامتصاص والفعالية الحركية والنمو والتمايز كلها محسوبة بعوامل عصبية وهرمونية.

1. الجملة العصبية المغوية : THE ENTERIC NERVOUS SYSTEM

يتكون التحبيب الخارجي لجهاز الهضم من أعصاب ودية تحرر التورادينالين ومن تحبيب نظير ودي عن طريق العصبين الميهمين اللذين يحرزان الأستيل كولين. وبينه الطريق الودي - بشكل عام - التقلص والإفراز بينما يقوم الجهاز نظير الودي بتشييلهما.

وتفاعل الأعصاب الخارجية مع الخفائر الداخلية لجهاز الهضم (شفائر أورياخ وشفائر مايسنر s Auerbach and Meissner's Plexuses)، هنا وتعارض الببتيدات العصبية الناتجة بواسطة هذه الأعصاب مدي واسعاً من التأثيرات (انظر الجدول 2) وذلك عبر آليات التأثير الهرموني العصبي Neurocrine وآليات التأثير الهرموني على وظيفة المجموعات الخلوية المجاورة للخلايا المفرزة للهرمون Paracrine وآليات التأثير الهرموني على وظيفة الخلايا المفرزة للهرمون (تأثير هرموني ذاتي) Autocrine وبعضاً هذه الببتيدات (مثل CCK و VIP) لها تأثيرات معاوية Endocrine Actions أيضاً.

الجدول 2: الببتيدات العصبية المغوية

العمل	البيتيد العصبي
- تؤثر في إدرال الألم. - تقلل الحركة، تنظم فعالية المسرة. - تزيد الإفراز الحامضي. - تحفيظ امتصاص الماء والشوارد.	الأفيونات
- تنشر الفعالية التمعجية. - تتبه المسرة المريمية السفلية. - تحفيظ الألم.	P
- استرخاء العضلات الملمس. - موسم وعالي.	عنبر الببتيد المغوي الفعال وعالياً VIP
- يتوصّل تحرر الغاسترين.	عنبر الببتيد المحرر للفاسترين البوميسين
- يخفيف الشعور بالشبع. - يحرز الأستيل كولين والداما أمينو بوتوريك أسيد (GABA) من الصفيحة العضلية المغوية.	CCK كوليستوكينين (CCK)
- القبض الوعائي في الدوران الحشو. - ينقض الإفرازات في الأمعاء الدقيقة.	البيتيد العصبي Y

II. الهرمونات المغوية: GUT HORMONES

يلخص الجدول (3) منشأ وعمل وتنظيم الهرمونات المغوية الرئيسية.

الهرمون	المنشأ	التأثير	المعرض
الغاسترين	المعدة (خلايا G).	- يُثبط إفراز الغامضين المعدني. - يُنسِّب نسخ المخاطية المعدنية المغوية.	- نواتج هضم البروتين. - يُكبح إفراز الحمض والسوماتوستاتين.
السوماتوستاتين	من كامل جهاز الهضم (خلايا D).	- يُثبط إفراز الغاسترين. - والأنسولين. - إنفلال الإفراز الحامضي. - إنفلال الامتصاص.	تناول الدهون.
الكوليستوكينين	اللiver والصائم.	- يُثبط إفراز أنزيمات البانكرياس. - يُنهي تقلص المريء. - يُعرِّض مصارة الأودي. - الشبع. - يُثقل الإفراز الحامضي المعدني. - يُثقل الإفراز الحامضي. - ينظم نمو البانكرياس.	- نواتج هضم البروتين. - الدهون والحموض. الدسمة. - يُكبح بالتربيتين.
السكريتين	اللiver الصائم.	- يُحرِّض إفراز السائل البانكرياسي والبيكاربونات. - يُثقل الإفراز الحامضي. - يُثقل الإفراز المعدني.	- مجموعة اللiver. - الـحموض الدسمة.
المولين	اللiver الصائم.	ينظم التمثيلية التمعجية.	- الصيام. - الوجبة الدسمة.
GIP المعدني	اللiver الصائم.	- يحرِّض تحريلاً سولين. - يُثبط إفراز الحامض.	اللiver الصائم.
جيبريل البروتين البانكرياسي	اللiver الصائم.	يُثبط إفرازات البانكرياس.	نواتج هضم البروتين. توسيع المعدة.
الغلوكاتكون المغوي	الدفلق والكولون.	يحدِّث تحريلاً سولين، له تأثير انتئالي.	غير معروف.
التوروتكتين	الدفلق والكولون.	يمكن أنه ينظم حركة الدفلق استجابة للدسم.	غير معروف.
جيبريل Y	الدفلق والكولون.	ينقص إفراز البانكرياسي والمعدني.	الدسم المغوي.
جيبريل المجهريان الدموي وعالياً	الألياف العصبية في كامل الجهاز الهضمي.	ينظم الجرثيان الدموي.	غير معروف.

استقصاء أمراض الصبيل الهضمي

INVESTIGATION OF GASTROINTESTINAL DISEASE

تتوافق الأن سلسلة واسعة من الاختبارات لاستقصاء المرضين الذين يشكون من أعراض هضمية وبممكن تقسيم هذه الاختبارات بشكل رئيسي إلى اختبارات البنية Structure واختبارات الخمج Infection واختبارات الوظيفة Function.

I. اختبارات البنية TESTS OF STRUCTURE : التصوير IMAGING

A. الصور الشعاعية البسيطة Plain radiographs

تظهر الصورة الشعاعية البسيطة للبطن توزع الغاز في الأمعاء الدقيقة والغليظة، وهي تفيد في تشخيص الانسداد المعوي أو العلوم الشالي Paralytic Ileus. حيث تظهر العرى المعوية المتعددة. كما تظهر سويات السائل إذا ما جرى التصوير (والمرتضى بوعضة الوقفة).

كما يمكن أن ترى معالم الأنسجة الرطبة كالكبد والطحال والتكتين. وقد تكتشف تكتاناتها، كما يمكن أن ترى البكتيريا والأوعية الدموية والعقد الملمفية والحمسيات أيضاً. إلا أن صور البطن الشعاعية البسيطة لا تساعد في حالات التردد الهضمي. أما صور الصدر الشعاعية البسيطة فتحتاج التحجاب الحاجز كما قد تكشف هذه الصور إذا ما أجريت والمريض واقفًّا الهواء الحر المتجمد تحت الحجاب الحاجز وذلك في حالة الانتصاب كما تكشف أيضاً مشاكل صدرية غير متوقعة كالانصباب الجنسي.

B. دراسات التباين (الدراسات بالمواد الطليلة) Contrast studies

سلفات الباريوم مادة خاملة لقطن المخاطية بشكل جيد وتطليتها ممتاز إلا أنها تتصلب وتحشر بالقرب من الأفة السامة. تستخدم المادة الطليلة المتعلقة بالآباء لتطليل الأمعاء قبل إجراء التصويرقطن المخاطي المحوسب للبطن وكذلك في حالات الانتصاب بالانتصاب إلا أنها أقل تطليلًا على الأشعنة كما أنها مطرشة فيما إذا رُشقت إلى الرئتين. كما يمكن لدراسات التباين أن تُجرى بمراقبة التفوس الومهضاني والذي يسمح بتقدير الحركة والوضعية الصحرحة للمريض. هذا وإن تقنية التباين المحسنة تحسن من رؤية المخاطية وذلك باستخدام الغاز والذي يعدد المسطح المعوي المفطس بالباريوم. هذا وإن الدراسات بالباريوم مفيدة لكشف غروبات الامثلاء، والتي يمكن أن تكون داخل اللمعة (مثلاً: الطعام أو البراز) أو بداخل الجدار المعوي (مثلاً: الكارسينوما) أو خارج الجدار المعوي (مثلاً: العقد الملمفية) كما يمكن اكتشاف التضيقات والنأكلات والقرحات وأضطرابات الحركة.

إن الاستخدامات الرئيسية ومحددات دراسات التباين المتعددة موجودة في (الجدول 4 و الشكل 10).

C. تخطيط الصدى والتصوير المقطعي المحوسب CT والتصوير بالرنين المغناطيسي MRI

Ultrasound, computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI)

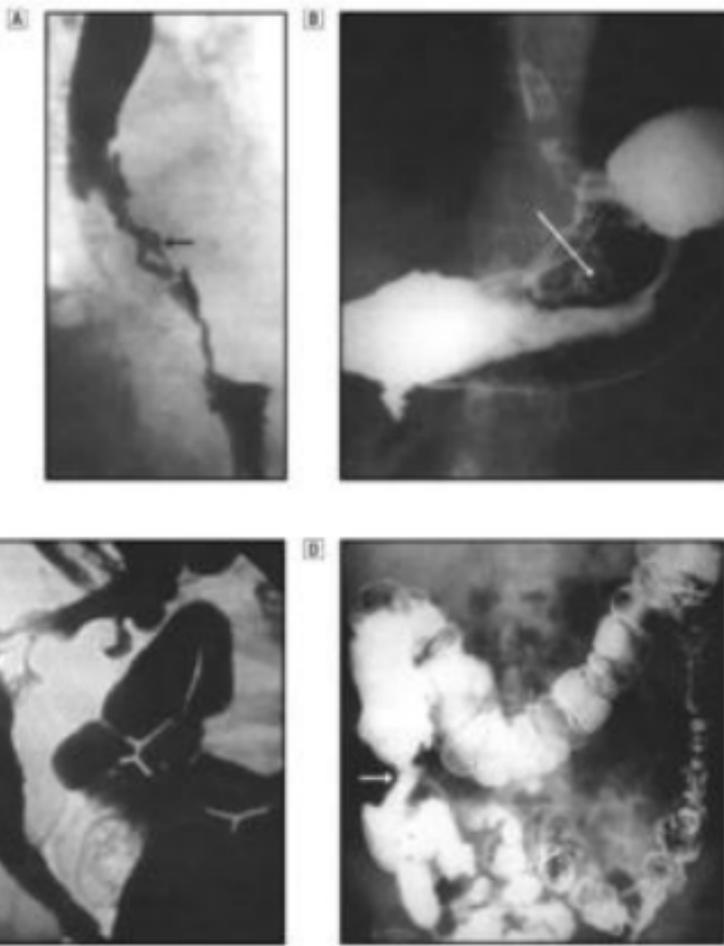
اصبحت هذه التقنيات تستخدم بشكل متزايد في تقدير الداء داخل البطن فهو غير بايضة non-invasive كما أنها تقدم صوراً تصعيبية للمحتويات البطنية، هذا وإن تطبيقاتها ملخصة في (الجدول 5 والشكل 11).

الجدول 4: التصوير الشعاعي التشاركي (المقلوب) لاستئصال المرض البصري

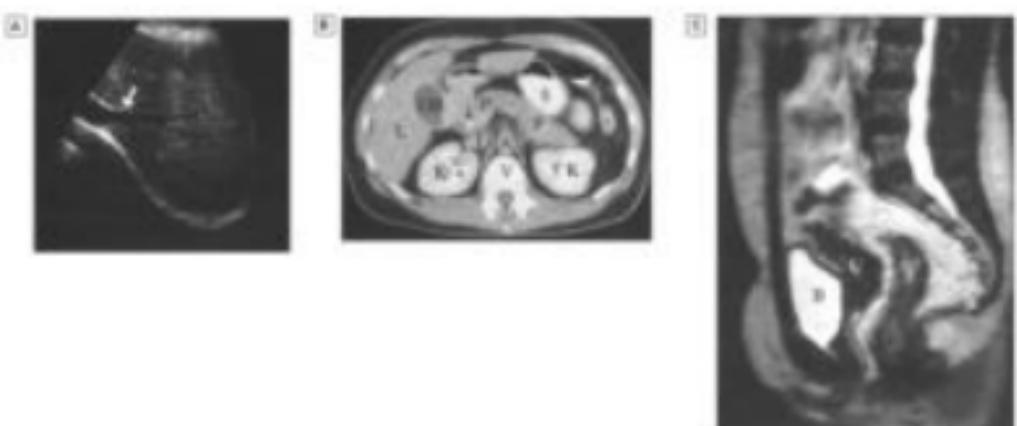
نوعة الباريوم	وحبة الباريوم	وجهة الباريوم	متابعة الباريوم	رحلة الباريوم
الاستطبابات. المصدر. الاصطرب العركس المتحمل.	عسرة البلم. الحرقة (اللذع). فقر الدم. الاكتءاء. الانقباض المختتم (مسادة) طلبلة غير مزينة).	عسرة الهضم. الألم الشرسوري. فتور الدم. الإقياء. الانقباض المختتم (مسادة	الإسهال والآلام البطنيين من منشأ الأمعاء الذهبية. الانسداد المختتم بسبب التضيقات الم...	تغير عادات التقويم. التزف المستقيم. فقر الدم.
الاستخدامات الرئيسية: التضيقات. الشقق الفرجوي. الجزر المعدني المريض واضطرابات الحركية مثل الأكالازيا. المعدني.	القرحات المعدية والعنجرة. سرطان المعدة. انسداد المخوج اضطرابات الإدرار المعدني.	سوء الامتصاص. داء كرون.	الاورام. داء الرتوج. التضيقات مثل الاقطار. الكتون العرقل.	
المحددات:	خطر الاستنشاق. قدرة محدودة على اطهار تصاسيل المخاطية. لا تتمكن من القيام بالهزعة.	الحساسية منخفضة بالنسبة للشرباتات المبكرة. لا تتمكن من القيام بالهزعة او التقويم للهيبوكوباكتر البوانية.	صعوبة عند المرضى المسنين الضعيفين أو الذين يعانون من عدم استئصال البراز. غير مريحة. تنظيم المرين ضروري أيضاً لتقييم حالة المستقيم. من الممكن أن تنهل (تفصل) البوليات والتي هي أقل من أم. قليلة الفائدة في النساء المعيوب	تسهلك وقتاً. التعرض للأشعاع.

الجدول 5: تحليميد الصدري والتصوير بالقطلعين المحوسب CT وتصوير بالرنين المغناطيسي MRI.

الاستخدام	الخطبطة، الصدى	التصوير المقطعي المحسوس CT	التصوير المقطعي MRI
الرئيسية	الكتل البكتيرية مثل الكيسات والأورام والخراجات. مسامات الأعصاب. العين. توسم الجهاز الضروري. الحصيات المرارية. توجيه عملية الرشيف، بالإبرة او أحد الخرزة من الآفات.	تقدير النادين البكتيريا. التوجهات الورمية الكبدية. تحديد مرحلة الورم. تقدير توسيع الآفات.	تحديد مرحلة الورم الكبدى. تصوير الطريق الصفراوية والبكتيرياية بالرنين المغناطيسي. الآفات الحوضية وحول الشرج. توسيع كرون.
المحدّمات	حسابيتها قليلة بالنسبة للأفات. الصدرية. تعطى معلومات قليلة حول وظائف الأعصاب. تعتمد على مهارة من يقوم بالتصوير. يمكن للسمنة وللنفاذ أن تergus المنظر (الصورة).	متلف. جرعة شعاعية مرتفعة. يمكن أن يتصدر مرحلة بعض الأورام بشكل أقل من الحقنips، مثلاً الأورام البريتية المعدية.	دوره في أمراض الجهاز الهضمي لم يتحدد بشكل كامل بعد. توفره محدود. مستهلك للوقت. مرعب لبعض الناس. لا يستغل في حال وجود توسيعات (بدائل) معدنية أو ناظله خطأ قاتل.



الشكل 10: أمثلة من الصور الشعاعية الطبلية. A: تضيق طوبيل غصري منتظم (السهم) بسبب سرطان مريئي. B: كارسينوما مرحلانية تظهر على شكل نقص امتداد ينشأ من جسم المعدة (السهم). C: تضيق طوبيل بسبب داء كرون في القسم الانتهائي للدهن (السهم العريض) وكذاك تبدي الصورة توسيعاً مجاوراً (السهم الصغير). D: سرطان كولون يظهر على شكل تضيق (قلب التفاحة Apple core) في الأمعاء (السهم).



الشكل 11. أسللة على التخطيط الصدئ والتصوير المقطعي المعوس والتصوير بالرنين المغناطيسي. A. تخطيط الصدئ للكبد طبيعى وظهور الأوردة الكبدية وهي تدخل إلى الوريد الأحمر، السهمي (السهم). B. تصوير مقطعي معوس يظهر سنتات في القناة الحادمة (السهم)، L = الكبد، GB = المريء، K = الكليتان، S = المعدة، P = البكتيريان، V = القشرة، A = الإبهام، L = الوريد الأحمر الأحمر، C. صورة بالرنين المغناطيسي لمعوس طبيعي (صورة سهيم) (B = سهيم، R = مثانية، U = رحم).



الشكل 12. أسللة على التقنيات العلاجية في التقطير الباطنى.

D. التصوير الماقيتي، Endoscopy

حل في السنوات الأخيرة- التطهير بالفيديو محل التطهير بالأجهزة الالكترونية البصرية. وأصبحت الصورة تمر من على شاشة ملونة، وتحتل التطهير أدوات تحكم تسمح بتحريك قمنها كما أنها تمتلك أيضاً أدوات للرشق وتفع الهواء، والغسل وهناك أعداد متزايدة من الأدوات التي يمكن إدخالها عبر المنظار من أجل الإجراءات التشخيصية والعلاجية، وبطهور بعضها يلي (الشكل 12).

Upper gastrointestinal endoscopy (الغastrointestinal endoscopy) 1

يضم المريض لمدة أقلها 4 ساعات ثم يجري التقطير بعد تهدئة خفيفة للمريض باستخدام البتروديازيبينات ووريدياً، أو باستخدام التخدير الموضعي لتلقيعه بواسطته اليغاخات على أن يوضع المريض بالوضعية الجانبية اليسرى، وبإمكان رؤية كاملاً المري (ما عدا الحنجرة) والمعدة والجزئين الأوليين من الفرج، ويظهر (الجدول 6) استطاعات ومضادات استطباب وأختلاطات التقطير المضمن العلوى.

Enteroscopy 2011; 33(2)

والتقطير المعمي أهمية خاصة لتنقية التزف البعض، الخنزير والذكور.

الجدول 4: الترتير الهرمي الملوكي

الاستثناءات

- سرعة الهضم (خاصة عند من تجاوز الـ55 من العمر).
 - فقد الوزن.
 - التزلف الهضمي الحاد أو المزمن.
 - إذا حدث اشتياق بمرتين هضمي بعد وجبة الباريوم.
 - المخزونات المفجحة في استهلاك سوء الامتصاص.
 - الآلام البطنية العلوى.
 - آلام الصدر اللامعوذجي.
 - سرعة البلع.
 - انتفاخ.

مشادات (الاستشارة)

- الصدمة الشديدة.
 - احتشاء العضلة القلبية الحديث. خناق الصدر شديد
 - المستقر، اضموريات النظم *.
 - الداء التنفس الشديد *.

-27-

- التزلف.
 - التهاب شفاف القلب الخمجي (يجب استخدام المضاد الحيوي بشكل وقائي في حالة إصابة المريض بالتهاب شفاف سابق أو في حال وجود دمام صنعي عنده).
 - تبيّط نفس تفسى وذلك سبب التهدئة.
 - ذات الرئة الاستئلاية.
 - الانفلونزا.

3. تقطير السين والتلوكولون *Sigmoidoscopy and colonoscopy*

يمكن إجراء تقطير السين إما بـ العيادات الخارجية وذلك باستخداممنظار بلاستيكي صلب بطول 20 سم أو يجرى به جناح التقطير باستخدام جهاز من بطول 60 سم وذلك بعد تطبيق رخصة شرجية مخصصة للاستخدام مرة واحدة وذلك من أجل تحضير الأمعاء، وعندما يُنظر السين مع المستقيم فمن الممكن إجراء تحرير دقيق لل بواسير والتهاب الكولون القرحي والتسلّلات الورمية الكولونية المستقيمية القاسية. ويمكن بعد تنظيف تمام للأمعاء فحص كامل الكولون القرحي والتسلّلات الورمية الكولونية الممتد على اطوال، هذا وإن استطبابات ومضادات استطباب واحتلامات التقطير الكولوني مدرونة في (الجدول 7).

4. تصوير الأقنية الصفراوية والبكتيرياس الرابع بالتناظير الباطئي (ERCP)

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography:

وذلك باستخداممنظار للملج ذو رؤية جانبية، حيث يمكن إدخال قنية إلى القناة البكتيرياية الرئيسية والقناة الجامعية. وعملية التقطير هذه ذات أهمية كبيرة في إظهار مجل فاتر الشجرة الصفراوية والبكتيرياس بوضوح، أما استخداماتها الرئيسية فهي استئصال البرقان الانسدادي والألم المراري والداء البكتيرياي المشتبه مثل التهاب البكتيرياس المزمن وسرطان البكتيرياس هذا ويمكن علاج الصدأ القناة الجامعية بالحقنات وذلك بإخراج الحصارة بعد خزع المصحة كما يمكن تركيب سنتت للتضيقات. وتحتاج هذه العملية مهارة عالية كما تحمل خطراً واضحاً في حدوث التهاب بكتيرياس بنسبة (3-5%) والنزف بنسبة (4%) بعد خزع المصحة) والانتقام بنسبة (1%) هذا وقد استبدل تصوير الأقنية الصفراوية والبكتيرياس الرابع بالتناظير الباطئي بتصوير الأقنية الصفراوية والبكتيرياس بالرنين المقطاميسي MRCP والذي يزودنا بصور مشابهة للشجرة الصفراوية والبكتيرياس.

الجدول 7: تقطير الكولون

الاستطبابات:

- تقييم رخصة الباريوم غير الطبيعية.
- الاشتئاء بالداء المزوي الالتهاب.
- ترميد ومرآفة سرطان الكولون والمستقيم.
- التزف المستقى أو قطر الدم.

مقدادات الاستطباب:

- الصدمة الشديدة.
- انتقام حشوى محتمل.
- احتشاء عضلية قلبية حديث، خناق صدر غير مستتر.
- التهاب الكولون القرحي الشعال الشديد.
- اضطراب نظم.
- الداء التفصي الشديد.

* هذه مقدادات استطباب نسبة حيث يمكن إجراء تقطير الكولون بأمان إذا كانت الأيدي التي تجريه طيبة.

الاختلافات:

- التهاب الشغاف الخمجي (يجب استخدام العداد العيوي وقلباً عند المرضى الذين لا سوابتهم التهاب شغاف أو عندهم دسام صنعن).
- تقييم نفس تقيس بسبب التهادة.
- الانتقام.
- التزف.

لثغيات عند المرضى اللذين يعانون من التهاب المعدة والجهاز الهضمي

- إن إجراءات التهاب المعدة والجهاز الهضمي يحصل على علاج في المرضى الذين يعانون من التهاب المعدة والجهاز الهضمي.
- المرضى الذين يعانون من التهاب المعدة والجهاز الهضمي يحصل على علاج في المرضى الذين يعانون من التهاب المعدة والجهاز الهضمي.
- يمكن لعملية تحفيز الأمعاء للتهاب المعدة والجهاز الهضمي أن تكون سبباً في تفاقم المرض.
- استخدام المركبات ذات الأساس الفوسفاتي الصودي يمكن أن يسبب تفاقماً أو هبوطاً في التهاب المعدة والجهاز الهضمي.
- يجب تجنب استخدام الهرمونات التي تعيق المعدة والجهاز الهضمي.
- يجب تجنب تناول الماء عند المرضى الذين يعانون من التهاب المعدة والجهاز الهضمي.
- يجب تجنب تناول الماء عند المرضى الذين يعانون من التهاب المعدة والجهاز الهضمي.

E. الفحص النسجي Histology

يمكن ملأ الخزعة والتي يحصل عليها إما بالتهاب المعدة والجهاز الهضمي أو غير المعدة أن تقدم معلومات مفيدة. (انظر الجدول 8).

II. اختبارات الدم Tests of infection

A. الزروريات الجرثومية Bacterial cultures

إن الزروريات البرازية أساسية في استقصاء الإسهال، خاصة عندما يكون حاداً أو مدمناً وذلك للتعرف على العضويات الممرضة.

B. الاختبارات المصلية Serology

إن تجربة الأضداد يلعب دوراً محدوداً في تشخيص الأمراض المعدية بالتحاليف مثل الحلزونية البواسية، أنواع السالمونيلا، والتحول الحال للنسج.

C. اختبارات النفس Breath tests

إن اختبارات النفس غير باضعة ويمكن استخدامها لتجربة الإصابة بالحلزونية البواسية، وكذلك من أجل تجربة فرط الكاثار الجرثومي في الأمعاء الدقيقة قد تم نقاشها في الصفحة 105.

الجدول 8. الأسباب الماكروبية لإجراء خزعة أو فحص نسج

- الاستئناف بالآفات الخبيثة.
- تقييم الشدودات المخاطية.
- تشخيص الأمراض (على سبيل المثال، المبيضات، الحلزونية البواسية، جيارديا لامبانيا).
- معابرية العضويات الأنزيمية (مثل: الداء سكاربيداز).
- تحويل المطرادات لورثية (مثل: جينات الأورام، العينات الكائنة للأورام).

III. اختبارات الوظيفة : TESTS OF FUNCTION

يمكن تعدد من الاختبارات الديناميكية أن تجري لاستقصاء مظاهر الوظيفة المغوية والتي تتضمن الهضم والامتصاص والالتهاب ونفعية الطبقة الطهارية، وإن بعضًا من الاختبارات الأكثر شيوعاً، قد دون في الجدول 9.

الجدول 9: اختبارات ديناميكية لوظيفة جهاز الهضم.	الإجراءات	الاختبار	المياد	التعليق
الدهن	اختبار ^{14}C التريالين	فياس CO_2 في النفس بعد تناول الدهن الموسوم شعاعياً عن طريق الفم.	فياس CO_2 في النفس.	سرير وغير باضع لكنه ليس كثيراً.
اللاكتوز	اختبار ^{14}C اللاكتوز	كمية الدهن في البراز عندما يتناول التريالين دهن براز ثلاثة أيام.	فياس H_2 في النفس بعد تناول 50 غ من اللاكتوز فوراً، حيث يستقلب السكر غير الموسوم بواسطة الجراثيم الكلوائية في نفس اللاكتاز وبقياس الهيدروجين المفرغ.	غير باضع إلا أنه يطعن، ومزعج لكل من يجرره.
الحموض	اختبار $^{75}\text{Se HCAT}$	كمية النطاف الشعاعية التي يحتجزها كل الجسم لمدة سبعة أيام بعد تناول جرعة قصوى من هوموكونيلاترين الموسوم بالـ ^{75}Se (أكثر من 15٪ طبيعى وأقل من 5٪ غير طبيعى).	تشطير الاستبرازات البانكرياسية الديلورات الفلوروسينية بعد تناولها عن طريق الفم، يمتص الفلوروسين ويعبأ في البول.	غير ونوعه إلا أنه يتعاطى لزيارات وينتمي إشعاعاً ويمكن أن يكون غير قطعى، ويعتبر الكلويستون الصالح مثالاً للحساسية والتوعية له.
الوظيفة الإطرارية الخارجية للبانكرياس	اختبار بانكريولوزيل.	المقايسة المتابعة لأنزيمات البانكرياس في بقية البراز.	دقيق ويحسب تبعيب العصج، يحتاج لبؤر، وجمع البول يجب أن يكون دقيقاً وهذا أمر أساسى.	
التهاب المخاطية ونفعيتها	الكموتريسين البرازى أو الإيلاستاز.	المعابر البوالية للواس بعد تناوله فوراً.	بسيط وسريع ويختبر لтриالين جمع البول (إلا أنه لا يكتشف المرض الخفيف).	
احتياجات الـ EDTA	اختبار السكاركر (الاكتولوز-رامنوز).	يختبر الكثير من خلال المخاطية الراشحة.	غير باضع نسبياً، ودقيق إلا أنه يشتمل على فعالية مشعة وتواءدة محدودة.	
الامتصاص والالتهاب	اختبار الأمعاء	يختبر الأمعاء الدقيقة السكريات الأحادية ولا تختبر الثانية إلا في حالة التهابها، يعاين الإطراج البولى للسكريين المتأثرين عن طريق الفم وتحسب النسبة (النسبة الطبيعية أقل من 0.04).	اختبار غير باضم لتحرى أفات مخاطية الأمعاء الدقيقة (مثال: داء كرون، الداء الزلاقي)، جمع البول بدقائق أمر أساسى.	
كالبروتكتين.	بروتكتين يفرز في الكلوتين بشكل غير نوعى-	بروتكتين يفرز في الكلوتين بشكل غير نوعى- بواسطة العدلات استجابة لالتهاب أو التشتت الورمي.	اختبار مفيد لسع الأمراض الكلوتينية.	

ومن الأمور الأساسية عند تقييم سوء الامتصاص المشتبه به، إجراء الفحوص الدموية (النوعي الشامل للدم، سرعة تنقل الكريات الحمر (ESR)، الفولات، B12، حالة الحديد، الألبومين، الكالسيوم والقوسفات) كما ويستطع ابتدأ التقطير الباطني معأخذ خزعة من القسم البعيد من الفرج في معظم الحالات.

A. حركة جهاز الهضم Gastrointestinal motility

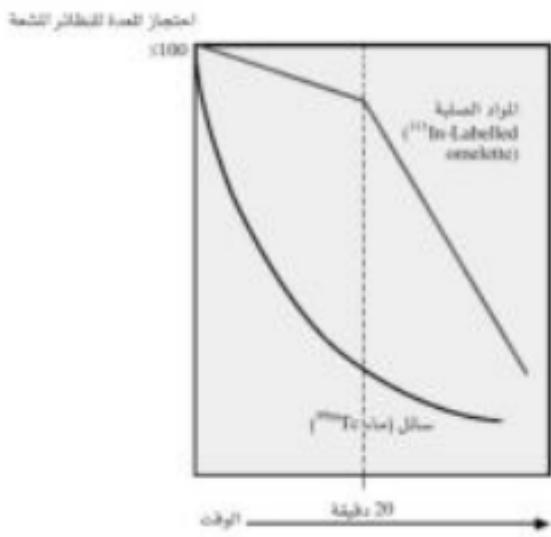
هناك سلسلة من الاختبارات الشعاعية المتنوعة، واختبارات قياس الضغط، والاختبارات بالقطار الشعاع وكلها لاستقصاء حركة الأمعاء، إلا أن الكثير منها اختبارات بحثية ذات قيمة محدودة في الممارسة السريرية اليومية.

I. حركة المري Oesophageal motility

إن النقطة الباريترية يمكن أن تقدم معلومات مفيدة حول حركة المري، وقد يكون من الضروري في الحالات الصعبة استخدام التقطير الثنائي القديم Videofluoroscopy مع تقييم مشترك من قبل معالج تقوي وكلامي وخبراء أشعة. إن قياس ضغوط المري (انظر الشكل 1) والذي غالباً ما يتم مع قياس pH على مدى 24 ساعة ذو أهمية في تشخيص الحالات المستعصية من الجزر المعدني المريضي والأكالازيا والآلم الصدرى غير القلبى.

2. الإفراغ المعدى Gastric emptying

قد يكون تأخير الإفراغ المعدى (حرزل المعدة) مسؤولاً عن بعض حالات الغثيان المستمر، والإقياء، والتقطعة أو الشبع المبكر، وغالباً ما يكون التقطير الباطني ودراسات التباين باستخدام الباريوم طبيعية، إلا أنه وفي أحوال كثيرة يزيد حساب كمية القطار الشعاعية المحتجزة في المعدة بعد تناول وجبة تحتوي أطعمة صلبة وسائلة موسومة بقطار شعاعي مختلف (انظر الشكل 13).



الشكل 13: دراسة الإفراغ المعدى، يقوم جسم المعدة بحركات خفض تجزئ الطعام الصلب المتناول إلى أجزاء صغيرة حيث تقوم حرقة الغار التمعجية بتنذرها بضمانة إلى الفرج هذا وتؤدي العوامل التالية إلى تأخير إفراغ المعدة (a) الدسم، (b) (الحلويات) (التانتنجية المالية)، (c) (الحمض).

الجدول 10: اختبارات النظائر المشعة الشائع استخدامها في الجهاز الهضمي

الاختبار	النطير المنشع	الاستخدامات الرئيسية وعدها الاختبار
دراسة الإفراغ المعدني Gastric Emptying Study	^{99m}Tc -Sulphur ^{111}In - DTPA	يستخدم في تقدير الإفراغ المعدني وبشكل خاص عند احتمال الإصابة بطرد المعدة.
اختبار البولنة في النفس Urea Breath Test	اليولة ^{13}C أو ^{14}C	يستخدم في التشخيص غير اليافم للعلومنية البوابية، حيث يقوم أنزيم الوراز البكتيري بشطر البولنة إلى أمونيا و CO_2 والتي تكشف في الهواء المزبور.
تصوير رئم ميكانيكي	^{99m}Tc -Pertechnate	تشخيص رئم ميكانيكي في حالات التزلف الهضمي الخص، حيث تتحقق النظائر وزيدياً وتتو派م في المخاطية الدخارية الهاجرة في الرتج.
تقرييس الكريات الحمر الموسومة Labelled red cell scan	الكريات الحمر الموسومة بـ ^{51}Cr $(^{51}\text{Cr}$ -Labelled Erythrocytes)	تشخيص التزلف الهضمي الخص والمعاود حيث ترى الكريات الحمر الموسومة وهي ترشح من الوعاء التزلف إلى الأمعاء.
تقرييس الكريات البيض الموسومة Labelled leucocyte scan	الكريات البيض الموسومة ↔ leucocytes ^{111}In أو ^{99m}Tc -HMPAO	توضيح تجمادات الخراجات وشروع المعالجة الالتهابية في الداء الموي الانتهائين حيث تسوء كريات البيض البيض في آنسوب الاختبار وبعد حفظها حيث تهاجر إلى موطن الالتهاب أو الخمج.

3. سرعة العبور المعي Small intestinal transit

من الصعب جداً قياس العبور المعي ونادر ما يكون ضرورياً في الممارسة السريرية، ويمكن تقديره بشكل تقريبي بالدراسة المتتابعة للباريوم المبتلع وذلك بمراقبة الزمن الذي يستغرقه وصول المادة الطليلية إلى اللثاليق الالتهابي (مدته الطبيعية 90 دقيقة أو أقل). كما يمكن تقدير سرعة العبور من الفم إلى الأمعاء بفحص الهيدروجين الناجم عن اللاكتوز في النفس. فاللاكتوز وهو سكر شائي يصل بشكل طبيعي إلى الكولون سليماً كما هو، وفي الكولون يتم تحطم بواسطة البكتيريا الكولونية مشكلاً الهيدروجين ويكون زرعه من الانتقال من الفم إلى الأمعاء هو الزمن الذي يحدث عنده هذا التحطم الذي تقلص نواتجه في الهواء المزبور.

4. الحركة الكلوائية والمستقيمية الشرجية Colonic and anorectal motility

يمكن الحصول على تقدير زمن الانتقال عبر كل الأمعاء من صورة شعاعية بسيطة مخبرة في اليوم الخامس بعد تناول البريطان في الأيام 3-1 كريات بلاستيكية خاملة وذات أشكال مختلفة. ويفيد هذا الاختبار في تقدير الإمساك الزمن حيث يمكن ملاحظة المكان الذي تتحجز فيه آبة كريات، كما أنه يساعد في تفريغ حالات الانتقال البطيء عن تلك الحالات التي تعرى إلى التفوط المسدود Obstructed defaecation. ويمكن تنظيم وظيفة الشرج والمستقيم وأالية التقويم بقياس الضغوط الشرجية المستقيمية والاختبارات الفيزيولوجية الكهربائية وتصوير المستقيم أثناء التقويم.

IV. اختبارات النظائر المشعة : RADIOISOTOPE TESTS

هناك العديد من اختبارات النظائر المشعة المختلفة (انظر الجدول 10) وتحصل على بعض هذه الفحوص على معلومات حول البنية مثل توضع رتبة ميكيل Meckel's Diverticulum او توزع الفعالية الانتهائية في الماء المعوي الالتهائي ويستخدم آخرون النظائر المشعة للحصول على معلومات حول وظيفة الجهاز الهضمي، مثل معدلات الإفراز المعدني او قابلية إعادة امتصاص الحموض الصفراوية، كما يستخدمها آخرون في اختبارات الخمج وذلك بالاعتماد على وجود البكتيريا التي تحلمه مادة الاختبار الموسومة شعاعياً ويتبع ذلك تحري النظائر المشعة في هواء الزفير (مثال: اختبار بوريا النفس من أجل الحلزونية البوابية).

الظواهر الرئيسية للأمراض الهضمية

MAJOR MANIFESTATION OF GASTROINTESTINAL DISEASE

DYSPHAGIA

عسرة البلع

تعرف عسرة البلع على أنها صعوبة في البلع. وقد يصاحبها لذع خلف القص أو إفراط لأنه ينبغي تمييزها عن حالتين آخرتين وهما (1) اللقمة الهرستيرية (حيث يشعر الأشخاص التقليدون بوجود كتلة في حلقهم دون وجود سبب مهضمي)، و(2) البلع المؤلم Odynophagia (وهو الم مرتافق للبلع يتجمد عادةً عن التهاب المري بسبب الجزر المعدني المروري أو التجمع بالثديضات). يمكن تصنيف عسرة البلع إلى: عسرة البلع الناجمة عن اضطرابات في البلع الفموي وعسرة البلع الناجمة عن اضطرابات في القص (انظر الشكل 14). هذا وتعود عسرة البلع الناجمة عن اضطرابات في البلع الفموي إلى خلل وظيفي عصبي يتأثر على بدء البلع في البلعوم والمصرة المرئية العلوية. (مثل: الشلل البصلي أو الشلل البصلي الكاذب والوهن العضلي الوخيم) حيث يعاني المري من صعوبة في بدء البلع وينتشر لديهم القص Choking أو قلس (ارتجاد) الطعام إلى الأنف Nasal regurgitation أو استنشاق رغامي ويمكن أن تشاهد بصفحة هؤلاء المرضى: سيلان لعاب ورقة وبحة. وعلامات عصبية فحصية أو علامات عصبية أخرى. أما بالنسبة لأسباب عسرة البلع المرئية فقد تكون دائمةً بنيويةً مثل (التشققات السليمة أو الخيشة) أو اضطراباً حركيًّا مرئياً. أما بالنسبة لشكالية مرضى عسرة البلع المرئية فهي الإحساس بأن الطعام عالق في المري بعد البلع مع العلم أن مستوى توقيف الطعام الذي يشعر به المريض يتوافق بدرجة قليلة مع مكان الاستساد الحقيقي. أما بالنسبة لبلع المسوائل فيبقى طبيعياً حتى تصبح التشريحيات شديدة جداً.

الاستثناءات:

تشير عسرة البلع عادةً لوجود مرض مهم ويجب دوماً استقصاؤها بسرعة، ويعتبر التقطير الاستقصاء الأمثل لأنه يسهل تحري التشريحيات المشتبهة كما يسهل أحد خزعنة منها وتسويتها. وإذا لم يظهر التقطير أية شذوذات فإن اللقمة الباريتية (ومن الممكن مع تقييم البلع بالقطير النافقي الفيديوي) ستكشف معظم اضطرابات الحركة. وتحتاج بعض الحالات القليلة إلى قياس ضغط المري. بالفحص المختلط (انظر الشكل 14) مقاربة مرضى عسرة البلع مع أسبابها الرئيسية.



الشكل 14: استئصاله تصريح البلع.

DYSPEPSIA**عسر الهضم**

عسر الهضم: مصطلح شامل لأية أعراض يعتقد أنها تنشأ من الجهاز الهضمي العلوي، وتشتمل على أعراض وأضطرابات مختلفة وعديدة (انظر الجدول 11) وبعدها ذات منها خارج جهاز الهضم.

هذا وإن اللذع وأعراض الحجز Reflux الأخرى هي كيرونة متصلة عن عسر الهضم وسيتم شرحها في مكان آخر.

وعلى الرغم من أن هذه الأعراض ترتبط بشكل ضعيف بتشخيص المرض المسبب لها إلا أنه من الهمأخذ قصبة مرتبطة دقيقة وذلك من أجل:

- تحري الأعراض الكلاسيكية (التقليدية) Classical للاضطرابات التوعية مثل الداء الضروري الهضمي.
- تحري العلامات الإندازارية التي تتطلب استئصاله عاجلاً (انظر الجدول 12).
- تحري الأعراض اللامنوجية والتي تدل على اضطرابات أخرى مثل نقص التروية القلبية.

الجدول 11: أسباب عسر الهضم.

اضطرابات جهاز الهضم العلوي:

- اضطرابات الحركة مثل تشنج المري.
- اضطرابات وظيفية (عسرة الهضم غير الترددية).
- متلازمة الأمعاء الهروجة.
- التهاب المعدة الحاد.
- الحصيات المرارية.

اضطرابات هضمية أخرى:

- بنتكرياسية (سرطان، التهاب البنكرياس المزمن).
- كبدية (التهاب الكبد، الانتقلالات الورمية إلى الكبد).

داء جهازي:

- فرقة كالسيوم الدم.
- التصوّر الكلوي.

الأدوية:

- مضادات الالتهاب اللااستروئيدية (NSAID's).
- الكورتيكosteroidات.
- الديجوكسين.
- مركبات الحديد والبوتاسيوم.

أسباب أخرى:

- تسمية مثل القلق والاكتئاب.
- الكحول.

الجدول 12: المظاهر المقدرة في عسرة الهضم.

نقص الوزن:

- القيء الدموي و/أو النفوت الرئتين.
- عسرة البلع.
- كثرة بطانية معجمة.

فتقر الدم:

- الإقياء.

إن عسرة الهضم شائعة جداً، حيث تصيب 80% من الناس في وقت ما وغالباً لا تكشف الاستقصاءات أية شذوذات، خاصة عند صغار السن. هذا وإن المرض ذو الأعراض المتقدمة وأولئك الذين هم فوق 55 عاماً من العمر ويشكون من عسر هضم حديث أو المرضى الشباب الذين لم يستقيموا على العلاج التجريبي، كل هؤلاء يتعلّبون استقصاء سريعاً لاستبعاد أي مرض هضمي خطير.

قد يظهر الفحص موجودات هامة مثل مظاهر فقر الدم، نقص الوزن، ضخامة العقد اللمفية، كتل بطنية أو علامات إصابة كبدية.

ويظهر (الشكل 15) العلامات الإنذارية في عسرة الهضم.

VOMITING**الإقياء**

الإقياء منعكس معقد ومتكملاً إلى درجة كبيرة يدخل فيه السبيلان العصبيان الذاتي والجسماني، حيث يحدث تلخص متزامن لكل من العصبان الحاجز والمعابر الوربية والمعابر البطنية مما يرفع الضغط داخل البطين ويترافق ذلك مع ارتفاع المaura المريمية المسطحة وينجم عن ذلك فقد قشرى لمحتويات المعدة. يترافق الإقياء عادة مع غثيان وفترط الطعام، وقد الشهية Anorexia أو عسر هضم. ومن المهم تفريق الإقياء الحقيقي عن الغثيان، والتاكيد عن الإقياء فيما إذا كان حاداً أم مزمناً (ناكساً) وذلك لأن الأسباب المؤدية لهما قد تختلف.

أعراض جهاز الهضم والمتذكّر باس

كما يجب تحري وجود أعراض مرافقة مثل الألم البطني، الترفع الحروري، الإسهال، علاقة الأعراض بالطعام، تناول الأدوية، الصداع، الدوار وتنفس الوزن.

قد يظهر الفحص السريري علامات التجفاف أو الحمى أو الخمج أو وجود كتل بطنية أو التهاب بريتون أو النساء معوي، وكذلك يمكن أن يكون هناك علامات عصبية مثل ونممة حلبة العصب البصري أو الراة أو الخوف من الضياء أو صلابة التقرة. وقد تشير موجودات أخرى إلى الكحولية أو الحمل أو التهاب .*Bulimia*.
هذا وتستوجب المقارنة السريريةأخذ قصة المريض مع الفحص السريري.
وإن أسباب الإفراط الرئيسية مدونة في (الجدول 13).



الشكل 15. استقصاء عسر الهضم.

الجدول 13: أسباب الإقياء.

الأسباب:

- التهاب المعدة والأمعاء.
- التهاب الكبد.

الأدوية:

- الديجوكسين.
- مضادات الالتهاب اللاستيرويدية.
- الأدوية السامة للخلايا.
- المضادات الحيوية.
- الأفيونات.

الأمراض الهضمية:

- الداء القرحى المعتم المزمن مع أو بدون انسداد مخرج المعدة.
- خذلان المعدة (كما هو الحال في السكري، صلابة الجلد، الأدوية).
- سرطان المعدة.

حالات البطن الحادة:

- التهاب البكتيريا.
- التهاب الرائحة المودية.
- انسداد الأمعاء.
- التهاب المرارة.

اضطرابات الجهاز العصبي المركزي:

- التهاب العصب الشمالي.
- التهاب السحايا.
- فرقة التوتر داخل القحف.
- الشقيقة.

أسباب استقلابية:

- الحماس الحلوى السكري.
- داء أديسون.
- فرقة البولة الدموية.

أسباب أخرى:

- أي آلم شديد مثل الآلام الناشئ عن احتشاء العجلة القلبية.
- الكحولية.
- التثنا النفسي.

النزف الهضمي

1. النزف الهضمي العلوي الحاد:

ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL HAEMORRHAGE:

يشكل النزف الهضمي العلوي الحاد الحالة الإسعافية الهضمية الأكثر شيوعاً ويُقبل به مشاهدة المملكة المتحدة سنوياً 50-120 حالة من أصل 100 ألف من السكان. ويظهر (الشكل 16) الأسباب الشائعة للنزف الهضمي.

A. المظاهر السريرية:

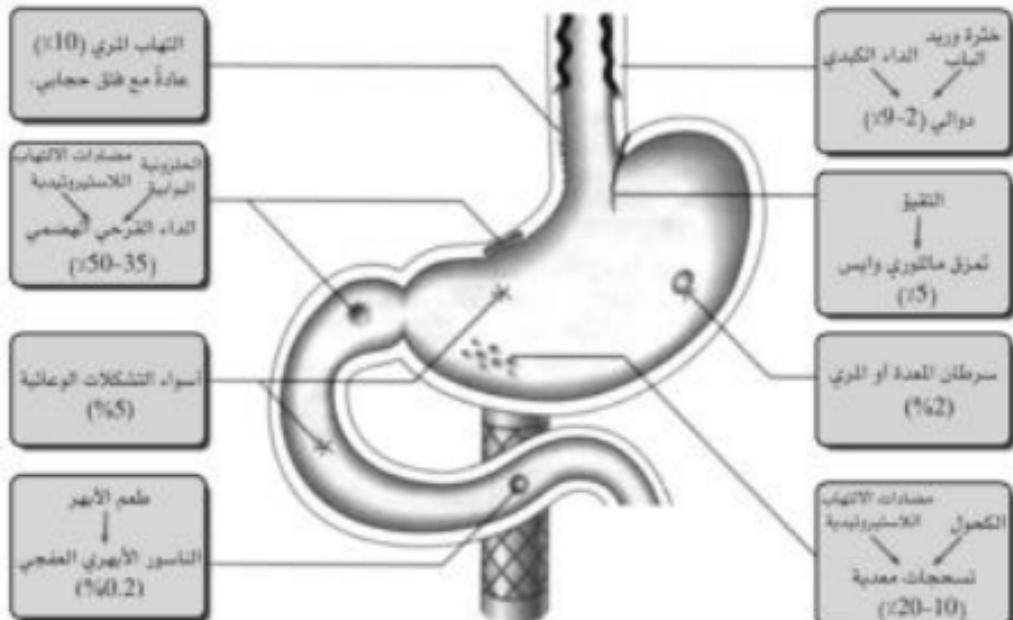
قد يكون النزف الدموي أحمر مع جلطات دموعية عندما يكون النزف غزيراً أو أسود (ملحل القهوة Coffee Grounds) عندما يكون النزف أقل شدة. قد يحدث الفشل ويكون سببه هبوط الضغط الشرياني الناجم عن استنزاف الحجم داخل الوعائي. وتشير أعراضه فقر الدم إلى النزف المزمن. وتستخدم عبارة التقويم الزهرني لوصف

أمراض جهاز الهضم والمتكرر اس

مرور براز أسود قطراني يحوي دمًا متغيراً، ويحدث هذا عادة في نزف جهاز الهضم العلوي على الرغم من أن النزف من الجانب الأيمن للقولون قد يكون السبب أحياناً. ويؤدي المظهر المميز للبراز إلى تأثير الآذىات الهاضمة والجراثيم على الشخص و يمكن في بعض الأحيان للنزف الهضمي العلوي الحاد الشديد أن يسبب برازاً أحمر داكناً أو فاتحاً.

B. التدمير:

- فتح طريق وريدي، إن الخطوة الأولى هي تامين طريق وريدي وذلك باستخدام على الأقل - قنطرة ذات قطر كبير.
- إجراء تقييم سريري أولي.
- حدد حالة الدوران: حيث يسبب النزف الغزير تسرعاً قليلاً مع هبوط الضغط وشلل لبoul. ويكون التريض بارداً ومتعرضاً وقد يكون هائجاً.
- ابحث عن دليل يشير لإصابة كبدية: فاليرقان والعلامات الجلدية المميزة والضخامة الكبدية الطحالية والحنين كلها علامات قد تكون موجودة في حالة تسمع الكبد غير المعاوض.
- حدد المراضة المرافقية: فوجود داء قلب تنفس أو عدائي دماغي أو كولي هام وذلك من ناحيتين الناحية الأولى أن هذه الأمراض قد تزداد سوءاً بسبب النزف الحاد وأما الناحية الثانية فهي أن هذه الأمراض تزيد من خطورة التقطير الهضمي والعمليات الجراحية.



الشكل 16: أسباب النزف الهضمي العلوي الحاد. تواتر الحدوث بين قوسين.

3. الفحوص الدموية، ونلخصها:

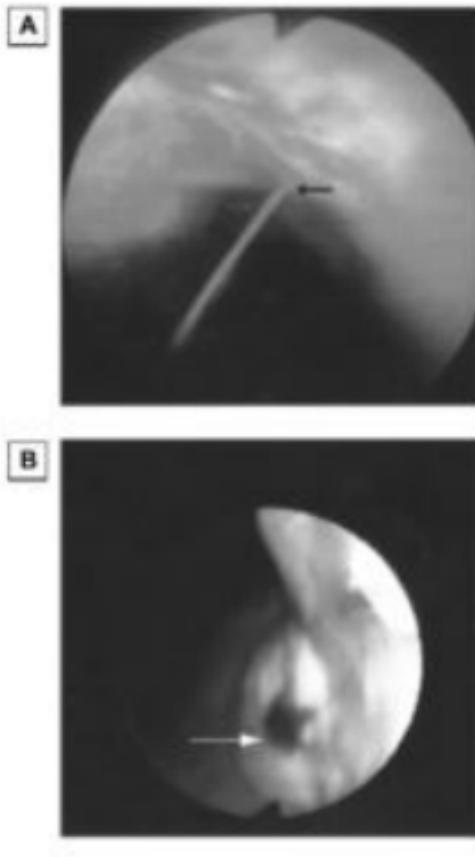
- تعداد دموي شامل، حيث يؤدي النزف تحت الحاد أو المزمن إلى فقدان الدم إلا أن تركيز خصائص الدم قد ينقص طبعياً بعد النزف الشديد المفاجئ وذلك حتى حدوث تهديد الدم.
- معايرة البولة والتسوية، فقد تظهر هذه المعايرة دليلاً على التصور الكلوي. مع العلم أن البولة الدموية ترتفع لأن نواتج الدم المتواجد في اللمعة تمتص وتنقل في الكبد.
- اختبارات وظائف الكبد.
- زمن البيرورومبين، إذا كان هناك علامات لاصابة كبدية أو عند المرضى الذين يتذلون مضادات تخثر.
- اختبار التصالب لوحدتين دمويتين على الأقل.

4. الإنعاش، تعلم السوائل البليوراتمية Crystallloid أو السوائل الغروانية وذلك لاستعادة الضغط الدموي الطبيعي. يُنقل الدم عندما يكون المريض مصاباً بصدمة أو عندما يكون تركيز الخصائص أقل من 100 غ/ل الليتر. يجب تجنب المورون للتحري إلا مرض الداء الكبدي لأنه يمكن أن يسبب الحمى. تجري مراقبة الضغط الوريدي المركزي (CVP) في النزف الشديد خاصة عند المرضى القلبين وذلك للمساعدة في تحديد حجم السائل الذي ينبغي تعويضه وكذلك في تحري صورة النزف.

5. الأوكسجين، يجب أن يعطى الأوكسجين بقناع الوجه لكل المرضى المصابين بالصدمة.

6. التقطير الهضمي، يجب أن يجرى التقطير بعد إنعاش المريض إنعاش كافياً. ويمكن بواسطة التقطير شخيص 80% من الحالات، وبالنسبة للمرضى الذين يظهر التقطير لديهم علامات رئيسية مميزة لنزف حديث (انظر الشكل 17) فإنهم يعالجون تقطيرياً باستخراج المسار الحراري أو حقن الأندرينالين المهدئ (إيس نفرين) في النقطة النازفة أو بتطبيل الملقط العدنة. وقد توقف المعالجة التقطيرية النزف الفعال وتمنع عودته. مما يجب هؤلاء المرضى الحاجة للجراحة. كما تستخدم المعالجة التقطيرية أيضاً لعلاج الدوالي وكذلك لعلاج التشوهات الوعائية وأحياناً لعلاج تمزقات الملوكي وأيس.

يُجرى تقوس (Scanning) الكريات الحمر الموسومة شعاعياً أو تصوير الأوعية الحشوية عندما تكون نتيجة التقطير طبيعية والمريض ينزف بشكل فعال على الأقل 1 مل كل دقيقة. وبشكل تقطير الكولون الخيار الأفضل بالنسبة للنزف الأقل شدة وتشكل التشوهات الوعائية المسبب الأكثر شيوعاً لهذا النزف أما عند المرضى الشباب فإن الدراسة الوحدانية بالنكسيروم الموسوم Ca^{++} يمكن أن تظهر نزفاً من رنج ميك.



الشكل 17: علامات مميزة لنزف حديث. A: نزف تدريجي فعال (السهم) من فرحة عضدية، وعندما يتراافق بصدمة فإن 80% من الحالات ستتابع النزف، أو ستعود لنزف من جديد. B: وعاء مرئي (السهم) وفي حقيقة الأمر هي أم دم كاذبة للشريان المعدني والذي يُرى هنا في قرحة هضمية قبلي البواب، وبشكل احتمالي عودة النزف في هذه الحالة ما نسبته 50% من الحالات.

7. المراقبة: يراقب المرضي بشكل لسيق مع قياس النبض والضغط الدموي والصادر البولي كل ساعة.

8. العمل الجراحي: يجري العمل الجراحي الإتحادي عندما:

- يفشل التداخل غير التنظير الهضمي في إيقاف النزف الفعال.

• عندما ينكس النزف لمرة واحدة عند مسن أو مريض منهك، أو عندما ينكس مرتين عند مريض شاب سليم البنية.

يعتمد اختيار العمل الجراحي على موضع وتشخيص الإصابة التازفة. فالقرحات العضدية تعالج بالخياطة "under-running" مع أو بدون تصنيع البواب. ومع أنه يمكن أن تجري الخياطة "under-running" لعلاج القرحات المعدية إلا أن الاستئصال مناسب أكثر إن كان ممكناً، هذا ويجب أن تجري الخزعة دوماً وذلك

لاستهار الكارسينوما. ويسمح الاستئصال الجراحي للمعدة إذا كان هناك أي شكل بالكارسينوما أو كان الاستئصال البسيط غير ممكن. وبينما عقب الجراحة الناجحة للنزف الفرجي أن يعالج كل المرض معالجة استئصال لجراثيم الحلزونية البوابية إذا كانت إيجابية كما يتبع على المرض مستقبلاًتجنب مضادات الالتهاب اللاستيرويدية (NSAIDs). ويحتاج مرض الفرج العضدية إجراء اختبار البولية في النفس لإثبات الاستئصال الناجع لتلك الجراثيم.

C. الإنذار:

إن نسبة الوفيات عند المرضى المقيولين في المشافي بتشخيص نزف هضمي علوي هي 10% تقريباً وبطهر (الجدول 14) عوامل الخطورة التي تزيد من نسبة الوفيات.

هذا ويمكن تقليل معدل الوفيات بواسطة الوحدات المختصة والتي يكون التدبير فيها مشتركاً بين الأطباء الممارسين والجراحين كما تطبق فيها الأنظمة للتقى عليها بالنسبة لنقل الدم والجراحة.

II. النزف الهضمي السفلي : LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING

يمكن للنزف الهضمي السفلي أن يكون من الأمعاء الدقيقة أو الكиш ora أو القناة الشرجية. ومن المفيد تمييز المرضى الذين يتظاهرون بنزف حاد غزير عن أولئك الذين يتظاهرون بنزف مزمن أو تحت حدود ذي شدة أقل. (انظر الجدول 15)

EBM

القرحات النازفة-العلاج الدوائي المساعد:

يقلل التسريب الوريدي لثبيطات محبطة البروتون من معدلات عودة النزف ومن الحاجة للجراحة إلا أنه لا يقلل من نسبة الوفيات وذلك عندما يعطي للمرضى الذين أخصوا للمعالجة التلطيفية نزف كبير من فرحة هضمية.

العامل	التعديلات
زيادة العمر	نزف الدخولية عند من هم فوق الـ 60 من العمر وخاصة عند المطاععين في السن.
الارتفاع المترافق	يتافق السرطان المتقدم والقصور الكبدية والكولي مع نسبة وظيفات عالية.
الصودمة	وتحدد بتغيير أكثر من 100 / د وبصفة دموي أقل من 100 ملم زيلفي.
التشخيص	إذا كان سبب النزف الدوالي أو السرطان يكون الإنذار هو الأسوأ.
الموجودات التلطيفية	إن النزف الفعال ووجود عداء مركبي غير نازف بالتطهير الباطئ يترافقان مع خطورة عالية لاستمرار النزف.
عودة النزف*	تزيد الوفيات بنسبة عشرة أضعاف.

* يعرف على أنه قدر دموي جديد أو تفوقه رفعته مع صدمة أو هبوط الخطاب أكثر من 20 غ/ الليتر على مدى 24 ساعة.

الجدول 15: أسباب النزف الهضمي السفلاني

<p>التشديد الحاد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأذية المغوية الإقفارية. • رتج ميكلي.
<p>التعتذل المزمن / تحت الحاد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الآفات الشرجية مثل الشقوق والبروستير. • الداء المعوى الالتهابي. • السرطانة. • السبللات الكبيرة (البولبيات).

A. النزف الهضمي السفلاني الحاد التشديد

يعتبر النزف الهضمي السفلاني الحاد التشديد حالة طبية إسعافية غير شائعة حيث ينתחهر المرض في أسلوب أحمر غزير أو أحمر داكن وبالصدمة. وبشكل داء الرنوج السبب الأكثر شيوعاً له. ويعزى النزف الحاد لنarrowing شريان في فوهة الرتج وغالباً ما يتوقف هذا النزف تلقائياً.

إن نصر التصنيع الوعائي Angiodysplasia هو مرض المسنين حيث تتطور عندهم تشوهات وعائية في الكولون القريب وهو أكثر شيوعاً عند المرضى الذين يتلقون علاجاً بمضادات التخثر عقب استبدال الدسام الأبهرى. ويمكن لهذا النزف أن يكون حاداً وغزيراً ولكنه يتوقف عادة تلقائياً. إلا أنه من الشائع أن ينكسر، أما بالنسبة للتشخيم فهو صعب غالباً. وقد يظهر تنظير الكولون بقعاً وعائية مميزة تُذكر بالعنكبوتات الوعائية.

في حالة النزف الحاد يظهر تصوير الأوعية الحشوية النزف باتجاه النمعة المغوية كما قد يظهر وریداً نازحاً كبيراً شادداً. ولا ينجز التشخيص عند بعض المرضى إلا بفتح البطن مع تنظير الكولون على طاولة الجراحية. والملاجئ المقترنة هو التخثير الحراري بالتنظير إلا أنه قد يكون من الضروري في الحالات الشديدة استئصال نصف الكولون الأيمن.

يعود سبب الإقفار إلى انسداد الشريان المساريتي السفلاني وي顯أهار بتوسيع بطيء ونزف مستقيم ويجب التفكير بالإقفار عند المرضى (وبشكل خاص المسنين) الذين لديهم دلائل على الإصابة بالتصلب العصيدي المعمم.

إن رتج ميكلي مع طبقة طهارية معدية هاجرة يمكن أن يتطرق وينفتح على شريان كبير، ويجب التوجه والتفكير بهذه الحالة عند الأطفال أو اليافعين الذين ي顯أهارون بنزف هضمي سفلاني غزير أو معارد. وتكون الدراسة الوэмيانة لرج ميكلي إيجابية أحياناً. إلا أن فتح البطن هو الذي يشخص الحالة عادة وعندها يجب استئصال الرتج.

B. النزف الهضمي السقطي تحت الحاد أو المزمن:**Subacute or chronic lower gastrointestinal bleeding:**

هذا النزف شائع بشدة في كل الأعمار وسببه عادة ال بواسير أو الشق الشرجي، ويكون النزف الباسوري أحمر فاتحًا ويحدث أثاء أو بعد التقويم.

ويجرى تطهير المستقيم لاجتاز التشخيص، إلا أنه عند الأشخاص الذين لديهم إضافة للنزف تغير في عادات التقويم وكذلك عند كل المرضى فوق الـ 40 من العمر يكون من الضروري اجراء تطهير للكولون أو الحقن الباريتية وذلك لاستبعاد سرطان الكولون والمستقيم الذي يمكن أن يرافق الحالة، ويجب الاشتقاء بالشق الشرجي عندما يحدث أثاء التقويم نزف مستقيمي لدم طازج مع آلم شرجي.

III. النزف الهضمي الخفي : OCCULT GASTROINTESTINAL BLEEDING

يقصد بالنزف الخفي: وجود الدم أو توافر تحملمه في البراز مع عدم إمكانية رؤيته بالعين المجردة وقد يصل النزف الخفي إلى 200 مل يومياً مسبباً فقد دم بعوز الحديد ومتغيراً إلى مرض هضمي خطير. وقد يكون أي سبب من أسباب النزف الهضمي مسؤولاً عن النزف الخفي إلا أن السبب الأكثر أهمية هو سرطان الكولون والمستقيم وخاصة سرطانة الأمعاء والتي قد لا تبني آية اعراض هضمية.

وإذا تمارة السرطانية يجب أن يأخذ بالاعتبار استقصاء الجهاز الهضمي في أي وقت يشكو المريض فيه من فقد دم بعوز الحديد غير مفسر. إن فحص البراز من أجل تحرير وجود الدم غير ضروري ويجب الا يؤثر على قرار استقصاء جهاز الهضم ذلك لأن نزف الأورام غالباً ما يكون متقطعاً والنتيجة السلبية لتحرير الدم الخفي في البراز (FOB) لا تبني مرضياً هاماً. هناك العديد من مرضي سرطان الكولون والمستقيم كانت نتيجة تحرير الدم الخفي في برازهم سلبية عند القبول. إن القيمة الوحيدة لتحرير الدم الخفي في البراز هي كونها اختيار مسح للأمراض الكولونية عند الناس اللااعرضيين.

DIARRHOEA**الإسهال**

يتراوح تواتر التغوط عند الأشخاص الطبيعيين من ثلاثة مرات يومياً إلى مرة كل ثالث يوم، ويترافق قوام البراز من شبيه بالژير إلى قاسٍ وغلقٍ شكل كرات صغيرة.

ويعتقد الكثير من المرضى والأطباء أن الإسهال يعني زيادة التفاصط والبراز الرخو أو المائي، بينما يعرف أطباء الهضمية الإسهال على أنه خروج أكثر من 200 غ من البراز يومياً. ويساعدقياس حجم البراز أحياناً في تقدير حالة المريض، ويشكل الشعور بالحاجة المتكررة للغوط العرض الأكثر شدة عند العديد من المرضى، وهذا وإن عدم استمساك البراز أو شلّعه في أمراض الإسهال الحاد والمزمن.

I. الإسهال الحاد ACUTE DIARRHOEA:

الإسهال الحاد من الحالات الشائعة جداً ويعود سببها عادة إلى الانتقال البرازي الفموي لذيفانات الجراثيم، والفيروسات والبكتيريا أو المتعضيات وحيدة الخلية (الأوالي). ويعد الإسهال الخمجي عادة فترة قصيرة ونادراً ما يكون سبب الإسهال حرجياً عند المرضى الذين يعانون بقصة إسهال استمر لأكثر من عشرة أيام وهناك مجموعة متنوعة من الأدوية والتي قد تكون مسؤولة عن الإسهال الحاد وتتضمن الصادات والأدوية المساعدة للحالات ومتبيمات مضادة البروتون ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية.

II. الإسهال المزمن أو الناكس CHRONIC OR RELAPSING DIARRHOEA:

إن السبب الأكثر شيوعاً للإسهال المزمن أو الناكس هو متلازمة المعي المتჩبع (انظر لاحقاً) والتي يمكن أن تظهر بصورة زيادة توافر التغوط ويكون البراز رخواً ومتيناً أو على شكل كرات صغيرة ونادراً ما يحدث الإسهال ليلاً وأشد، ما يكون قبل وبعدوجبة الإفطار، بينما يكون المريض بباقي الأوقات مصاباً بالإمساك وهناك أمراض مماثلة أخرى متلازمة المعي المتჩبع، ويحوي البراز المخاط غالباً إلا أنه لا يحوي دماً إسلاقاً، ويكون حجم براز less than 200 g.

ويمكن تصنيف الإسهال المزمن كداء كوليتي أو كداء امعاء دقيقة أو سوء امتصاص (انظر الجدول 16). هنا وإن الصورة السريرية وفحص البراز والفحوص المعموية الروتينية والتصوير يظهر التشخيص في حالات كثيرة، إن سلسلة الاستقصادات السلبية تشير عادة إلى متلازمة المعي المتჩبع، إلا أنه يمكن واضحاً عند بعض المرضى أن لديهم داء عصبياً وهؤلاء يحتاجون لمزيد من الاستقصادات الشاملة.

MALABSORPTION**سوء الامتصاص**

إن هضم وامتصاص المواد المقدمة عملية معقدة ومتباينة إلى درجة عالية وذات فعالية فحصوى وبطريق بشكل طبيعي في البراز أقل من 5% من الكاريوبهيدرات والدهون والبروتين المتناول، هنا وإن ترافق الإسهال مع نقص الوزن عند المرضى ذوي التغذية الطبيعية، يعني أن يوجد دوماً إلى الاشتباة بسوء الامتصاص.

إن أمراض سوء الامتصاص مختلفة في طبيعتها ومتعددة في شدتها، ويكون التغوط طبيعياً بشكل ظاهر عند عدد قليل من مرضى سوء الامتصاص، أما الحالة الاعتيادية عند هؤلاء المرضى هي شكاياتهم من الإسهال والتي يمكن أن يكون متلاهاً وزا حجم كبير أما عندما يكون البراز شاحباً وكثيراً الحجم وكثيرة الرائحة ويقطفوا في دوره الماء (التغوط الدهني Steatorrhea) فإنه يشير إلى سوء امتصاص الدهون، وقد يوجد عند المريض انتفاخ بطن وقرقفة، وطفق، ونقص وزن وطعم غير مهضم في البراز، وبشكل بعض المرضى من الدمعة والتوسع فقط، بينما يمكن أن تكون الأعراض عند مرضى آخرين مرتبطة بنقص الفيتامينات النوعية والعناصر الزرقاء والمعادن (مثل الكالسيوم والحديد ومحض الفوليك) (انظر الشكل 18).

الجدول 16: الإسهال المزمن أو الشักن.

الأمعاء الدقيقة	سوء الامتصاص	القولون	
براز مائي كثيف الحجم. انتفاخ بطن. آلم مخصوص به منتصف البطن.	تفوّط دهن. طعام غير معهض في البراز. نقص وزن وأضطرابات غذائية.	دم ومخاط في البراز والم بطين سفلوي مخصوص.	للامع السويسري:
VIP الأورام المفرزة لـ VIPoma الثار بالأدرونة: - مضادات الالتهاب غير الستيرويدية. - مشطات عنودة قبسط السيروتونين الانتقائية.	بانكرياس: - التهاب المانكرياس المزمن. - سرطان المانكرياس. - التليف الكيسي. اعتلال معي: - الداء الزلاقي. - الدرء الاستوائي. - المقوما. - توسيع الأوعية الت靡ية.	الداء المعي الآلي، التشنجات.	بعض الأسباب:
حجم البراز. الهرمونات المغوية. متباينة الباريوم.	تخطيط الصدر، التصوير للقطنus المحوسب ERCP, CT. متباينة الباريوم.	تطهير السنين المزمن مع الخزعانات ورحة الباريوم، أو تطهير القولون مع المخرمات.	الاستقصاءات:

A. السببيات والمرضيات:

ينجم سوء الامتصاص عن شذوذات العمليات الثلاثة التي تعتبر أساسية للهضم الطبيعي:

1. سوء الهضم داخل اللمعة: يحدث بسبب عوز الصفراء أو الأنزيمات المانكرياسية والذي ينجم عنه احتلال وحلمة غير كافية للغذبات ويزودي ذلك إلى سوء امتصاص الدسم والبروتين وهذا يمكن أن يحدث أيضاً في حال وجود فرمود نمو جرثومي في الأمعاء الدقيقة.
2. سوء الامتصاص المخاطي: ينجم عن الاستعمال الجراحي للأمعاء الدقيقة أو عن الحالات التي تخرب قهارية الأمعاء الدقيقة مما يتضمن مساحة سطح الامتصاص المغوية وينقص الفعالية الأنزيمية.
3. الانسداد المقاوي بعد المخاطية: حيث يمنع هذا الانسداد انتقال الدسم المنقسم إلى الأوعية الت靡ية. كما أن زيادة الضيق في هذه الأوعية يسبب رشحاً إلى اللمعة المغوية مؤدياً إلى اعتلال معي مضيق للبروتين.

B. التشخيص والاستقصاءات:

تجري الاستقصاءات من أجل إثبات وجود سوء امتصاص أولياً وبعدها من أجل تحديد سببه. ويمكن لاختبارات الدم الروتينية أن تظهر واحداً أو أكثر من الشذوذات المدونة في (الجدول 17). أما بالنسبة للاختبارات المثبتة لسوء امتصاص الدسم والبروتين فيمكن إنجازها كما هو موسوف سابقاً وبظهور (الشكل 19) مقاربة لاستقصاء سوء الامتصاص.



الشكل 18: العتايد الاحتمالية لسوء الامتناع

الجدول 17: اختبارات التم الترويضية في سوء الامتناع

الكتاب الثالث

- نقص البوتاسيوم (نقص فيتامين K).
 - نقص الكربونات (نقص فيتامين B12).
 - نقص البوتاسيوم (نقص فيتامين D).
 - نقص البوتاسيوم (نقص فيتامين E).
 - نقص البوتاسيوم (نقص فيتامين C).



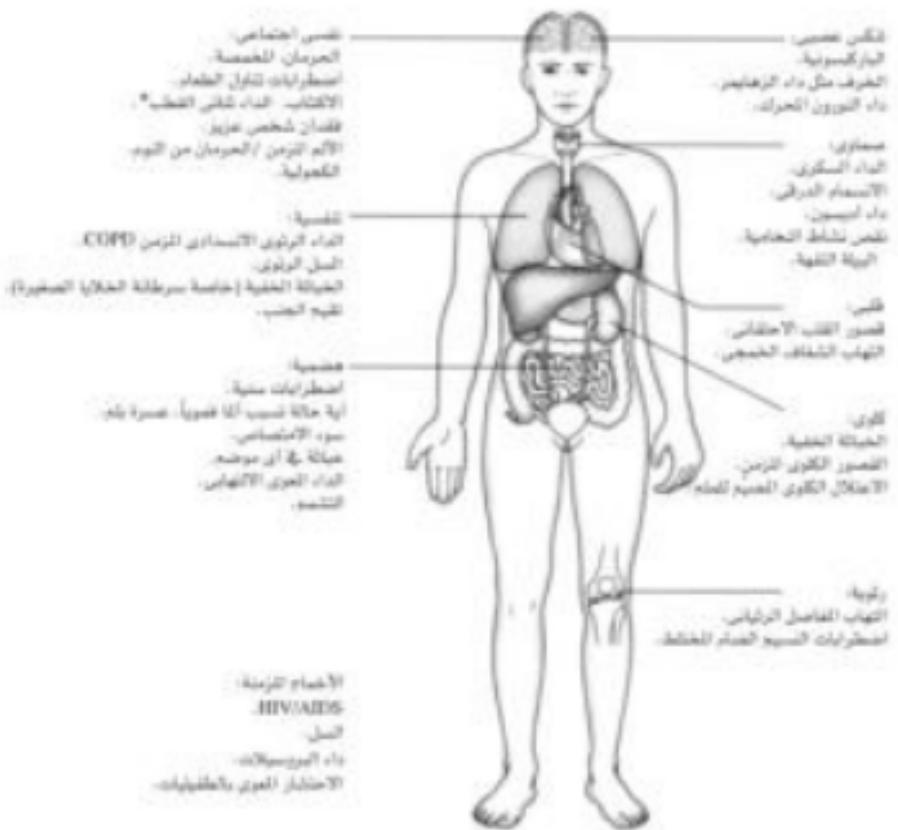
الشكل 19: استئصال سوء الامتصاص المختبئ.

WEIGHT LOSS**نقص الوزن**

يمكن لنقص الوزن أن يكون فيزيولوجياً وذلك بسبب تطبيق حمية أو تمارين أو مخصصة أو نقص تناول المواد الغذائية الذي يحدث عند كبار السن، وبالمقابل فإن نقص الوزن قد يشير إلى داء ما حيث أن نقص الوزن أكثر من 3 كغ على مدى ستة أشهر يعتبر أمراً هاماً. وقد يكون لتسجيلات الوزن في المشابهة وفي المعارض العامة أهمية كبيرة لأن إضافة وزن المرضى في فواصل زمنية أمر مفيد لأن المرضى الذين ينخفضون وزنهم دون سبب واضح قد يستعيدون أو زانهم أو تستقر على حد معين في بعض الأحيان، وبشكل عام يعود سبب نقص الوزن المرضي إلى: الداء النفسي، الداء الجهازي، والأسباب الهضمية أو المرافق المتقدمة للداء في أي جهاز عضوي نوعي. (انظر الشكل 20).

A. القصبة المرضية والفحوص History and examination

نادرًا ما يكون نقص الوزن كمرض معزول مشاركاً لداء عضوي خطير. وبشكل دائم تقريباً تكشف القصبة المرضية الدقيقة، والفحص الفيزيائي والاختبارات الطبية البسيطة ملامح أخرى والتي تؤدي لتشخيص نوعي.



العنوان: ٢٩- بعض الأسباب الهاامة للنفس المؤمن.

* الداء ثالث القطب (الذئاب الالكتنائي الهدوس) وهو اضطراب في الزراع يحدث فيه توبات من الالكتناب والهدوس.

-**نقصان الوزن الفيزيولوجي** Physiological weight loss

قد يكون نفس الوزن الفيزيولوجي واضحاً عند الشباب الذين يشاربون إلى تغيرات في نشاطهم المدنى أو ظروفهم الاجتماعية، إلا أنه قد يكون الشكك من نفس الوزن الفيزيولوجي أكثر صعوبة عند المسنين حيث أن قصة تناول هؤلاء

Psychiatric illness

الأنظمة المرضية Systemic diseases

يجب الأخذ بالاعتبار الأحكام المزمعة والتي تتضمن العمل والأخراج التوكيلية والتصديرية المعاودة وسلسلة من الأحكام بالطفيليات وبالإرثي ومن الأمور الأساسية قصبة سفر المريض إلى الخارج ومارسة النشاطات عالية الخطورة والمظاهر النوعية مثل الحمى والتعرق الليلي والعرومات والسعال الممتد عشرة الشهور.

هذا وإن بعض الأسلحة الحساسة المناسبة فيما يتعلق بأسلوب حياة الرئيس (التشاطط الجنسي غير الشرعي وتعاطي المخدرات) يمكن أن تشير إلى مرض مرتبط بـ HIV.

كما يشكل نقص الوزن مظهراً متأخراً للخيانة المنتشرة (سرطانة، لفوفاً أو الاضطرابات الدموية الأخرى). إن الأعراض النوعية والعلامات الفيزيائية والإجراءات التصويرية ذات الصلة بالاضطراب الجهازي أو الشعور الكهربائية الحيوانية تكون ثابتة على الأغلب.

Gastrointestinal disease

يمكن على الأغلب لأي مرض هضمي أن يسبب نقصاً في الوزن. فعسرة البلع وانسداد مخرج المعدة بسبابان نقصاً في تناول الأغذية.

ويمكن للخباثة في أي موضع أن تسبب نقصاً في الوزن وذلك بسبب الامتصاص الميكانيكي والقهم أو بسبب التأثيرات الجهازية المتواصلة بالسيتوكين. كما ويمكن لسوء الامتصاص الناجم عن أمراض البنكرياس أو سوء الامتصاص الناجم عن أسباب تتعلق بالأمعاء الدقيقة أن يؤديها لنقص وزن شديد مع تناول الغذبات النوعية، هذا وإن الأمراض الالتهابية مثل داء كرون والتهاب الكلدون التقرحي تسبب قهقاً وخطورة من تناول الطعام وقداً لمبروتين والدم والغذبات من الأمعاء.

٥- امراض نوچیه لائی جهاز عضوی را پس، *Specific diseases of any major organ system*

قد يكون من الصعب تشخيص هذه الأمراض بدون مشعر عالٍ للاشتاء بها. فهي قد تسبب نقصاً للوزن بواسطة سلسلة من الآليات تتضمن تغير الاستقلاب في الداء السكري وداء ادبيسون والانسحام الدرقي.

يحدث نقص الوزن كنتيجة لزيادة المتطلبات الاستقلالية عند مرضى المرحلة الأخيرة للداء التفصي والقىسى. وهناك أسباب متعددة مسؤولة عن نقص الوزن في حالات كثيرة، وطن سبب المثال في داء باركشون والأضطرابات العصبية التicsية الأخرى يقل تناول الأغذية وتزيد المتطلبات الاستقلالية.

يحدث تحسن الوزن عند مرضى الاختهارات الروبية والوعائية الكولاجينية في المراحل المتقدمة أو في طور المعالجة بسبب تشارك التهّم والإعاقّة الجسمية، وتغير المتطلبات الاستقلالية، إضافة إلى التأثيرات الجهازية لتلك الأمراض.

في العديد من الأمراض يمكن أن يجتمع القسم مع نقص الوزن وذلك بسبب تأثير العلاجات الدوائية (مثل الديجوكسين) والتي قد تسبب الفشل وعسر الهضم والإمساك أو الاكتئاب النفسي. وبعض أسباب نقص الوزن والتي تختلف بسهولة مدونة في الجدول 18.

الجدول 18: بعض أسباب فقدان الوزن غير المقصود والتي تتعلق بسهولة.

- الاكتئاب / القلق.
- الداء السكري / فرط نشاط الدراق.
- الحالة الخفية (مثلاً في الكولون القربي، في الكليتين المفتوحة).
- العرقان الاجتماعي للنفس / سوء التغذية عند السنين.
- الحالات المرافقية مثل الداء الرئوي الانتسدادي للزمن الشديد (COPD) وقصور القلب.
- القهقح العصبي في المجموعات غير النموذجية للأclusive.
- اضطرابات صماموية شديدة مثل داء أوريسون ونقص نشاط الغدة التمايزية الشامل.

B. الاستئصارات:

في الحالات التي لا يتضح فيها سبب فقدان الوزن بعدأخذ القصبة السريرية كاملة وإجراء الفحص الفيزيائي وكذلك في الحالات التي يعتبر فيها وجود حالة مرافقية لفقدان الوزن محتملاً. تستطع الاستئصارات التالية: تحليل البول من أجل السكر والبروتين والدم والاختبارات المعموية التي تتضمن اختبارات وظائف الكبد، غلوكوز الدم العشوائي، اختبارات وظائف الطرق سرعة التقليل (قد تكون مرتفعة في الأحاجي غير الشقيقة مثل (السل) واضطرابات النسج الضامة والخطابة) وفي بعض الأحيان قد تكون الاختبارات اليابسعة ضرورية مثل رشف نقى العظام أو خزعة الكبد وذلك لكشف حالات مثل السل الدخني الخفي.

نادراً ما يكون التصوير المقطعي المحوسب للبطن واللحوم من ضروري ولكن قبل اللجوء إلى عمل باضع أو إلى استئصارات مكلفة جداً ينبغي دوماً مراجعة القصبة المرضية للمريض وإعادة وزن المريض بمقابل زمنية.

CONSTIPATION

الإمساك

يعرف الإمساك على أنه تعرير براز قاسٍ بشكل غير متواتر ويمكن أيضاً أن يشكوا المريض من عسر Straining واحساس بتقييد غير كامل للغائط ومن انتزاع بعثني أو في المنطقة حول الشرج، وقد يكون الإمساك هو النتيجة النهائية للعديد من الاضطرابات الهضمية والاضطرابات الطبيعية الأخرى (انظر الجدول 19).

هذا ويعتبر به الإمساك ومدته ومميزاته أموراً هامة فمثلاً يشير به الإمساك عند الولادة إلى داء هيرشبرونج Hirschsprung، بينما إذا ما حدث تغير حديث المهد في عادات التقويد في منطقة الشرج يمكن أن يرفع درجة الاضطرابات المعنوية مثل سرطانة الكولون. يعتبر وجود أعراض مثل التزلف المستديمي والآلام وفقدان الوزن مؤشرات هامة وكذلك الأمر بالنسبة لوجود عسر مفرط وأعراض موجهة لتناول العي التشريح ونسبة إمساك في مرحلة الطفولة وأضطراب عاطلي.

يقدم الفحص الدقيق للوصول إلى التشخيص أكثر مما يقدمه الاستئصاء الشامل، وبينما البحث عن اضطرابات طبيعية عامة وكذلك البحث عن علامات الانتسداد المعوي، كما ينبغي التركيز بالاضطرابات المعنوية وخاصة إصابات الجigel الشوكى، هذا ومن الأمور الأساسية تأمل المنطقة العجمانية وفحص المستقيم، لأنهما قد يظهران شذوذات أرضية بمحوس (مثلاً: هبوط غير طبيعي، اختلال الحسن) أو المستقيم أو المفتلا الشرجية (كتل، انحناء براري أو تدلي).

الجدول 19. اسباب الامساك.

الاضطرابات الهضمية:	
المغالية:	• نقص الألياف و/أو نقص شرب الماء.
الحركية:	• الإمساك بسبب العور البطن.
التقويم:	• متلازمة المعدة المتهيج.
الأدوية:	• الأدوية.
الاستعداد المعرفي المزمن الكاذب.	• الاستعداد المعرفي المزمن الكاذب.
الاضطرابات غير الهضمية:	
الأدوية:	• الأدوية.
الأفيونات:	• مضادات الكولون.
مضادات الكالسيوم Calcium Antagonists:	• مضادات الكالسيوم.
مستحضرات الحديد:	• مستحضرات الحديد.
المحمصة:	• مضادات المحمصة الاحادية على الأنتروبيوم.
النحاس:	• اية على خطيرة مترافقه بانعدام الحركة خاصة عند السنين.
الاكتئاب:	• التسلل اللويحي العديدي.
آفات النخاع الشوكي:	• آفات النخاع الشوكي.
الحوادث الوعائية الدماغية:	• الحوادث الوعائية الدماغية.
الباراكستونية:	• الباراكستونية.

ليس من المناسب كما أنه لا يمكن استبعاد كل شخص يشكو من الإمساك لأن هذه الشكوى شائعة جداً. تستجيب غالبية الحالات لتناول الغذاء الحاوي على الألياف واستخدام المسهلات Laxatives بشكل حكيم. أما إذا كان المرض ممتهن أو من ذوي الأعمار المتوسطة وكانت فحص الإمساك عندهم قصيرة أو كانت عندهم آعراض متقلقة (نزف مستقيمي، ألم أو نقص وزن) فينبعي استقصاؤهم قوراً إما بمحضه الباريوم أو بتنظير الكولون. وبالنسبة للمرضى الذين يشكون من إمساك بسيط فالاستقصاء سيتم عادة وفق الخطوط التالية.

1. التزيارة الأولى.

المس الشرجي، تنظير المستقيم وتنظير المسين (لكشف الداء الشرجي المستقيمي).

وتجرى كذلك الاختبارات الكيميائية الحيوية الروتينية والتي تتضمن اختبار كل من المصل وأختبارات وظائف الدراق، فإذا كانت نتيجة هذه الاستقصاءات طبيعية يتم تجربة غذاء غليي بالألياف و/أو مسهلات لمدة شهر.

2. التزيارة الثانية:

إذا بقيت الأعراض يشخص الكولون بمحضه الباريوم أو بتنظير الكولون وذلك بعثاً عن داء بنبيوي.

3. استقصاصيات اضطرابية:

إذا لم نجد سبباً للإمساك ووجدت أمراض ممقدمة Disabling Symptoms فقد يكون من المضروري عرض الحال على الأخصائي لاستقصاء، عسر الحركة المعنك وجودها.

فإن تكون المشكلة هي الرغبة غير المولدة للتقوط (بطء عبور) أو قد تكون المشكلة ناجمة عن العصر المفرط (التقوط المسدود Obstructed Defaecation) ويمكن استخدام كل ما يلي لتحديد المشكلة:

الدراسات بالواسمات المعاوية، قياس الضيق المستقيمي الشرجي، الدراسات الكهربائية الفيزيولوجية وتسمير المستقيم أثناء التقوط.

ABDOMINAL PAIN

الم البطن

هناك العديد من انماط الألم البطني:

- الحشوي Visceral: الأعضاء المعاوية غير حساسة للمحولات الآتية مثل: الحرق والقطع غير أنها حساسة للتتمدد والتقلص والقتل والتمطيل هذا ويشعر عادة بالألم الناشئ عن البنى المفردة Unpaired Structures في الخط المتوسط ولكن ليس بشكل دائم.
- الجداري Parietal: يتلقى البريتون الجداري تعميماً بأعصاب جسمية وعندما تشمله العمليات المرضية كالالتهاب والخمى والتشتوات فإنه يميل لإحداث ألم شديد ومتوسط بذلة.
- الألم الرجع Referred Pain: (مثلاً: ألم المواراة يرجع إلى الظهر أو قمة الكتف)
- النفسي Psychogenic: تؤثر العوامل الثقافية والعاطفية والت نفسية على تجربة كل شخص مع الألم فتعد بعض المرضى يمكن لا نجد أي سبب عضوي لل الألم بالرغم من الاستقصاء، وقد تكون الأسباب النفسية هي المسؤولة عن هذا الألم مثل الاكتئاب أو الاختهار التجميدي Somatisation Disorder.

I. المبطن الحاد : THE ACUTE ABDOMEN

تشكل حالات المبطن الحاد ما نسبته (5%) من كل القبولات الإسعافية في وحدات الجراحة العامة. هنا وإن البطن الحاد يكون نتيجة واحدة أو أكثر من الحالات المرضية (انظر الجدول 20).

- الالتهاب Inflammation: يتتطور الألم تدريجياً وعادة خلال عدة ساعات، ويكون في البداية منتشرأً بعض الشيء، ثم يتوضّع وذلك عندما تشمل الإصابة البريتون الجداري وتزيد الحركة الألم وب يحدث دفع عضلي وصولاً.

المدول 20: أسباب الألم المعلني الحاد (الجراحي)

الالتهاب:

- التهاب البنكرياس.
- التهاب حويضة وكتية.
- الخراج داخل البطن.
- الداء المعوضي الالتهابي.

الانثقاب/ التعرق:

- كيسة البنكرياس.
- أم الدم الابهرية.

الانسداد:

- انسداد المعوي.
- القولون المواري.

أسباب أخرى (نادرة):

- انظر الأسباب خارج المقوية (المدول 21).

* **الانثقاب Perforation:** عندما ينتصب حشا بطنى يبدأ الألم بشكل فوري ويكون شديداً و يؤدي إلى التهاب بريتونان معهم.

* **الانسداد Obstruction:** يكون الألم فولنجياً متزامناً بتشنجات تدفع المريض أن يتحرك من جانب إلى جانب وإن يتلوى، هنا وإن الألم القولوني الذي لا يزول بين التشنجات يشير إلى الاختلاط بالالتهاب.

A. التدبير:

I. التقييم الأولي:

يتم التوصل إلى تشخيص تقريري بعد تقييم أولى لحالة المريض يشتمل علىأخذ قصته المرضية مفصلاً ومعاينته وهذا يتبع بشكل رئيسي - المسؤال التالي: هل توجد علامات التهاب بريتونان؟ إذا كان الجواب: نعم (مثال: وجود دفاع عصبي، إيلام مرتد مع صهل) عندها يتطلب الأمر أقل ما يمكن من الاستقصاءات الإضافية. وبعد أن يجرى للمريض إنعاش كافٍ ترتب إجراءات العمل الجراحي. وإذا كان الجواب أنه لا توجد علامات التهاب بريتونانية ترتب استقصاءات إضافية للوصول إلى التشخيص.

2. الاستقصاءات:

عند غالبية مرضى البطن الحاد تجرى الاختبارات التالية: تعداد دم كامل (المعرفة هل يوجد زيادة في تعداد الكريات البيضاء) والبولة والشوارد (المعرفة هل يوجد تجفاف) ومستوى أميلاز المصل (المعرفة هل يوجد التهاب بنكرياس حاد). ويمكن الحصول على معلومات أكثر بإجراء صورة سدر بسيطة بوعضوية الوقوف (المعرفة هل يوجد

هواء تحت الحاجب) وصورة بطن بسيطة (تعرفنا هل يوجد الانسداد). ويمكن أن نحصل على مساعدة إضافية بإجراء تحفيظ مسدي لليمون إذا كان هناك اشتباة بداء حمسي مطرد أو حاد (التهاب مرارة أو التهاب طرق مطردة) أو فوائج حاليين أو كان هناك اشتباة بكلفة على حساب الأنسجة الرخوة ويفيد تحفيظ الصدى أيضاً في تحري السؤال الحرارة في البطن أو أي خراج بطيء محتمل هناك.

وتقيد دراسات الثنائيين (الطلبلة) سواء كانت عن طريق الفم أو الشرج في التقييم الأبعد للانسداد المعوي وهي أساسية لتفريق الانسداد الكاذب عن انسداد الأمعاء الغليظة الميكانيكي وهناك استئصالات أخرى شائعة الاستخدام وتتضمن التصوير المقطعي للمحوض (تحري التهاب البنكرياس أو التجمعات أو الكتل خلف البريتون بما فيها أم الدم الابهرية) وكذلك من هذه الاستئصالات: تصوير الأوعية (تحري الإفقار التساريقي).

هذا وينصح بإجراء تحفيظ بطيء للمرضى الذين يبغضون قرار العمل الجراحي عندهم مشكوكاً فيه وكذلك للمرضى الذين لم يتم التوصل لتشخيص مرضهم رغم القيام بالاستئصالات المناسبة. وفي كافة الأحوال ينبغي إعادة تقييم كل المرضى بدقة وبشكل منتظم (كل 2-4 ساعات) ذلك لأنه يجب أن تلاحظ أي تغير في الحالة يمكن أن يبدل كلاً من التشخيص المشتبه به والقرار السريري وأن يتم التصرف باكراً وقتاً لذلك.

B. المعالجة:

تقرر المعالجة بشكل عام وفقاً للعضو المصابة، حيث يتم إغلاق الانتقلابات ونماذج حالات الالتهاب بالمسادات أو بالاستئصال، ويزال الانسداد، وتعتمد سرعة التدخل الجراحي وضرورته على عدد من العوامل أكثرها أهمية وجود أو غياب التهاب البريتون، فيما يلي ملخص معالجة بعض الحالات الجراحية الأكثر شيوعاً.

I. التهاب الزائدة الحاد *Acute appendicitis*

على الرغم من أنه يمكن للمعالجة غير الجراحية أن تكون ناجحة عند بعض المرضى إلا أن خطر الانتقلاب والهجمات المعاودة اللاحقة تعني أنه ينبغي إجراء العمل الجراحي باكراً.

2. التهاب المرارة الحاد *Acute cholecystitis*

يمكن لهذه الحالة أن تعالج علاجاً غير جراحي بنجاح (ألا أن الخطورة المقالية للهجمات المعاودة وقلة مراضحة الجراحة جعلاً استئصال المرارة المبكر بالتحفيظ البطيء العلاج المنصب المقصوب به).

3. التهاب البروق الحاد *Acute diverticulitis*

إن العلاج غير الجراحي للحالات غير المختلفة هو طريق المعالجة الاعتيادي، ولكن إذا حدث انتقلاب مع خراج أو التهاب بريتون عندها يتطلب الأمر الاستئصال الجراحي، واعتماداً على التلوث البريتواني وعلى حالة المريض فإن إجراء مقاييس أولية يكون أفضل من إجراء عملية هارتمن (خياطة الجذع المستقيمية وإجراء كولستومي نهائياً يعكسان في مرحلة لاحقة).

4. انسداد الأمعاء الدقيقة :*Small bowel obstruction*

إذا كان سبب انسداد الأمعاء الدقيقة واضحاً ولا يمكن تجنب الجراحة (مثل الفتق الخارجي) عندها يجب أن ترتب إجراء الجراحة المبكرة، أما إذا كان السبب المشتبه به هو الالتصاقات الناجمة عن جراحة سابقة عندها تحاول المعالجة غير الجراحية محتفظين بالتدخل الجراحي لأولئك المرضى الذين لم تحل مشكلتهم المرورية خلال 24 ساعة الأولى أو إلى المرضى الذين تطورت عندهم علامات الاختناق (الم قولجي أصبح مستمراً، التهاب البريتوان، تسرع القلب، حمى، زيادة الكريات البيض).

5. انسداد الأمعاء الغليظة :*Large bowel obstruction*

يعالج الانسداد الكاذب معالجة غير جراحية بإزالة الضغط بالتطهير الكولوني وذلك عند بعض المرضى، أما الانسداد الميكانيكي فيعالج بالاستئصال الجراحي عادة مع المساعدة الأولية. ويتم التفريق بين الحالتين بواسطة رحضة المادة الظلية المتحلة بالناه والتي تعتبر استئصاء إزامياً في كل المرضى المصابة بانسداد الأمعاء الغليظة.

6. القرحة الهضمية المتنفسة :*Perforated peptic ulcer*

على الرغم من أن الإلقاء الجراحي للانقسام هو الإجراء المعياري إلا أنه يمكن تطبيق المعالجة غير الجراحية لبعض المرضى الذين لم يحدث عندهم التهاب بريتوان معهم وأثبتت وجية التباين بالمواد المتحلة بالناه انسداداً ثالثياً للانقسام. إن الاعتبار الأكثر أهمية عند مرضى انقسام القرحة الهضمية المشتبه هو الإنعاش الكافي والسرعى، إن المرضى المسنين والمصابين بالصدمة يتطلبون تقنياً دقيقاً قبل الجراحة كما ينفي إنعاشهم بشكل مثالى قبل إجرائها.

فչטאיא ענד מסטן.

אלם המעתן חדוד.

- * يمكن لشدة وتوهّن آلم البطن الحاد أن يسبّبها غير واضحين يتقدّم العمر ويمكن للصورة أن تكون لا تفعيلية حتى في حالة انقسام الحشا.
- * يشكّل السرطان السبب الأكثر شيوعاً للألم البطن الحاد عند من تجاوز السبعين بالمقارنة مع من هم دون الخمسين. هذا ويتغيّر تقييم المرضى الذين يشكّون من أعراض بطيئة مرحمة بدقة كما يذهب نفس وجود حالة مرضية خطيرة عندهم.
- * يمكن للحالات الانهائية داخل البطن كالتهاب الرتوج أن تظاهر بأعراض غير نوعية مثل التخلط الحاد أو القهقهة والإسلام البطنى الخفيف تسبّباً، أما سبب ذلك فليس واضحاً لكنه قد ينجم عن تغير الاستقبال الحسي.
- * تتحدّد نتيجة الجراحة البطنية حسب درجة المراضة المراهقة وحسب نوعية الجراحة فيما إذا كانت انتقائية أو إسعافية أكثر مما هي حسب العمر.

II. الآلام البطنى المزمن أو المعاود CHRONIC OR RECURRENT ABDOMINAL PAIN

يعتبر أحد قصص مرضية مفصلة وحقيقة أمرًا أساسياً مع تركيز الانتباه بشكل خاص على ملامح الألم وعلى آية اعراض مراقبة (انظر الجدولين 21 و 22).

هذا ويجب ملاحظة السلوك العام للمريض وكذلك مزاجه وحالته العاطفية وعلامات نقص الوزن والحمى والبرقان أو هقر الدم، وإذا كان فحص البطن الشامل وفحص المستقيم طبيعين ينبغي عندها البحث الدقيق عن دليل لمرض يصعب التنبؤ الأخرى وبشكل خاص العمود الفقري والجبل الشوكي والرئتين وجهاز القلب والدورة.

ويعتمد الاختيار اليدنى للiagnosticsات بشكل واضح على الملامح السريرية التي تم الحصول عليها من خلال الصحفة المرضية والمعاينة.

- الآلام الشرسية وعسر الهضم وارتباطهما بالطعام يشيران إلى داء معدى عضي أو مفراوي ويستطلب عندها التنظير الداخلى وتخطيط الصدى.
- تغير عادة التغوط والتزوف المستقيمي أو ملامح الاستسدار كلها تشير إلى داء كولونى ويستطلب عندها رخصة الباريوم وتنظير السين أو تنظير الكولون.

الجدول 21: الأسباب خارج المقوية للألم البطنى المزمن أو المعاود.

خلف بريوتانية:	
• أم دم أبهريه:	
• اعتلال العقد المنعفية:	
• الخراج:	
نفسية:	
• الاكتئاب:	
• الوسواس الذهني:	
• التحسس:	
حركية:	
• الانبساط الفقري:	
استقلابي / غدي متساوياً:	
• الداء السكري:	
• الوراثية المترهلة الحادة:	
• داء أديسون:	
دوائية / سممية:	
• الكورتيكوسبيروتيدات:	
• الرعاسين:	
• الكحول:	
دموية:	
• داء الخلايا المنجلية:	
عصبية:	
• أفات الجبل الشوكي:	
• التنس الطهري:	
• اعتلال جذور الأعصاب:	

الجدول 22: عوامل مهمة في تقييم آلم البطن.

- المفترة.
- الطبيعة (قوتاجي، مستمر، حاد أو كليل، يوقفه الريض لهلا).
- التموج (متقطع أو مستمر).
- الشدة.
- العوامل المفاجئة أو المثيرة والعوامل المهدئة له: (الطعم، الملامح المرافقية (الإقبال، عسر الهضم، تغير عادة الأدوية، الكحول، الوضعيّة، الحركة، التغوط).
- الآلام المثار بالطعم عند مريض مصاب بالتصلب العصيدي المنتشر يمكن أن يشير إلى إفقار مساريقي وقد يكون تصوير الأوعية المساريقية ضروريًا.
- المرض الشباب الذين يعانون من قصبة متولدة من الألم الذي يزول بالتغوط وتحليل البطن وتغيير عادة التغوط، عندهم على الأرجح متلازمة المعي المتبع (انظر لاحقًا) وقد يكتفي إجراء استقصاءات بسيطة لهم (اختبارات الدم وتنظير السنن) إلا أن الأعراض الدالة تستدعي نقى الداء المعوي أو الكوليوني بالتصوير الشعاعي أو التقطير الباطني.
- إن وجود الألم البطلي المنشئ إلى الظهور مع قصبة إفراغ شرب الكحول إضافة إلى تقصّر الوزن والإسهال، يشير إلى التهاب البكتيرياس المزمن أو إلى سرطان البكتيرياس ويطلب الأمر عندها إجراء تحظيط صدري، وتصوير مقطعي محوسب واختبارات وظائف البكتيرياس.
- هجمات الألم المعاودة في القطبين Loins أو المنشئة إلى الخواصتين Franks مع أعراض يومية تستدعي استقصاءً سريعاً للحصيات الحالية أو الكلوية وذلك بتحظيط الصدري وتصوير الجهاز البولي بالحقن الوريدي.
- إن وجود قصبة اضطراب تقسي في ساقين المريض والاستقصاءات السلبية المتكررة أو وجود أعراض مبهمة عند المريض لا تناسب مع أي مرض معين أو أي تموج عضوي، كلها يمكن أن تشير إلى أن منشأ الألم نفسى. وإن المراجعة الدقيقة للملاحظات المجموعة حول الحالة وللiagnostics السابقة إلى جانب النقاش الأمين والمفتوح مع المريض يمكن لها أن تقلل الحاجة لإجراء اختبارات غازية غير ضرورية. ويجب دوماً الاهتمام بالحالة حتى لا تغفل الأساليب النادرة أو الأشكال اللامخطية للأمراض الشائعة.

III. الآلام المستمر :CONSTANT PAIN

المريض ذو الألم المزمن والذي يكون دائمًا أو موجوداً بشكل شبه دائم سيكون عندهم عادة ملائم تشير إلى التشخيص الكامن خلف هذا الألم مثل: الخباتية (المعدية، المتكلمية، الكوليونية) أو الانتقلالات الكبدية أو التهاب المعنكية المزمن أو الخراج داخل البطن، وعند مرضى آخرين لا يكون التشخيص واضحًا في البداية بل يحتاج لاستقصاء مناسب ليصبح واضحاً. وعند الأقلية من المرضى لن نجد سبباً للألم على الرغم من الاستقصاء الكامل. وعندما يستبعد وجود الحالات غير العاديّة أو النادرة وينقص وجود الأشكال اللامخطية للأمراض الشائعة عندها يوضع

تشخيص (الآلم البطني الوظيفي المزمن). يكون السبب النفسي عند هؤلاء المرضى هو السبب المحتمل وبدرجة كبيرة والمهام الأكثر أهمية عندها هي ضبط المرض، إذا لم يمكن إزالته، وتقليل آثار الآلم على حياة المريض الاجتماعية والشخصية والمهنية هذا ويمكن تدبير المرض وبالشكل الأفضل في عمليات الآلم التخصصية حيث أنه إضافة للدعم النفسي تستخدم وبشكل مناسب الأدوية التي تتضمن الأمفيتريتين والجابابينتين والكتينامين والأفيونات والتي قد تكون ضرورية.

أمراض الفم والقند المعاوية

DISEASES OF THE MOUTH AND SALIVARY GLANDS

١. التقرح القلاعي : APHTHOUS ULCERATION

تكون القرحات الفلاحية سطحية ومؤلمة وتحدث في أي مكان من الفم، وتسبب القرحات المعاودة حتى 30٪ من الناس وهي بشكل خاص شائعة عند النساء خلال الطور السابق للطمث، وسببها غير معروف إلا أنه في الحالات الشديدة ينبع الأخذ بالاعتبار الأسباب الأخرى للتقرحات الفموية (انظر الجدول 23) وتكون الخرزة أحياناً ضرورية من أجل الوصول للتقطيع.

الجدول 23: أسباب التقرح الفموي .

الفلاغ:	• مجهول السبب.
الإنتان:	• فتل الطمث.
• فطرى مثل داء المبيضات.	• جراثيم مثل خناق فنتست والزهري.
الأمراض البهضمية:	• فيبروسين مثل العفنوال بسيط.
• داء كرون.	• الداء الزلاق.
الحالات الجنديّة:	• المخاز المسطح.
• المخاز.	• الفتاع.
الأدوية:	• هرمون الصيامية مثل متلازمة ستيفن جونس.
الأمراض الجهازية:	• الأدوية السامة للخلايا.
• متلازمة بهجت.	• متلازمة الحمامية الجهازية.
التشكلات:	• ساركوما كابوزي.
• السرطانة.	• انسدادات الدم.

يمكن للكورتيكosterونيدات الموضعية (مثل تريامسبيلون ١٪ في اساس قصوى) أو هلام سالبيبلات الكولين (٠٨٪) أن تسبب الشمام التقرح ويمكن إزالة الأعراض باستخدام الفسولات الفموية المهدمة الموضعية ويبقى هناك عدد قليل من المرضى لديهم تقرحات فلاغنية شديدة جداً معاودة ويحتاجون لستيرونيدات عن طريق الدم.

II. خناق فنتست VINCENT'S ANGINA

يتميز هذا المرض بالتقرحات الخثكريشية Sloughing العميقه والمليئة والتي تصيب بشكل رئيسي اللثة وتتجدد عن فزو الغشاء المخاطي بمعضيات مثل بورياما فنتستي والأحياء المجهرية المعابضة Commensals الأخرى ويحدث هذا الفزو عندما تضعف مقاومة التصيف وينخفض مستوى العناية بصحبة الفم هنا وإن سوء التغذية والدنتف العام وممتلازمة نفس المناعة المكتسب (AIDS) كلها تهين للإحساسة. ويترافق المرض بضرر (رائحة النفس الكريهة) ويكون العديد من المرضى معمومين ومتوعدين جهازياً. ويتطلب الأمر معالجة موضعية بفسولات الفم الاحادية على بيروكسيد الهيدروجين وكذلك بالمضادات الحيوية واسعة الطيف.

III. داء المبيضات CANDIDIASIS

إن خميرة المبيضات البيض هي معايشة فموية طبيعية ولكنها يمكن أن تتكاثر لتسبب السلاق. ويحدث هذا عند صغار الأطفال Babies والممرضين الواهين والممرضين الذين يتلقون معالجة بالستيرونيدات القشرية أو الصادات، ويحدث كذلك عند مرضى السكري ومثبطي المناعة. خاصة أولئك الذين يتلقون أدوية سامة للخلايا أو المصابين بالـAIDS. تشاهد بقع بيضاء على اللسان والمخاطية الشدقية. إن وجود الألم عند البلع (البلع المؤلم Odynophagia) أو عسرة بلع يشير إلى داء المبيضات البليومي والمرتبي. إن التشخيص السريري يكون كافياً للبدء بالمعالجة. على الرغم من أنه يمكن الحصول على عينات بالفرشاة أو الخرزات من أجل إجراء الفحص الفطري. يعالج السلاق الفموي بالنيستاتين أو الأمفيوتريسين كمعملات Suspensions. أو أقراص Lozenges. يمكن أن تستعمل الفلوكوتازول في الحالات المعدنة أو حالات التبيط المناعي.

IV. التهاب النكفة PAROTITIS

ينجم التهاب النكفة عن خمج فيروسي أو جرثومي. بسبب التكاف Mumps النهاياً حداداً محدداً لذاته للغدة النكفة. يحدث التهاب الغدة النكفة الجرثومي عادةً كاختلاط لجراحة كبير. وقد ينجم عن التجادف أو العناية السيئة بصحبة الفم ولذلك يمكن أن تتجنب التهاب النكفة بالرعاية الصحية الجديدة بعد العمل الجراحي. ينطaher المرض ينور مؤذناً في الغدة النكفة والذي يمكن أن يختلف بتشكيل الخراجات. تتطلب المعالجة استعمال الصادات واسعة الطيف. بينما يكون التغيير الجراحي ضرورياً من أجل الخراجات.

الجدول 24: أسباب تورم الغدد اللعابية.

- * الخمج
النكاف.

الجرثومي (بعد العمل الجراحي).

- * الحصيات.

- * الأورام:

السلبية: الورم الغدي متعدد الأشكال (795 من الحالات).

المتوسطة: الورم المخاطلي البشري.

الخطيرة: الكارسيونوما.

متلازمة جوفرون.

- * الساركتوبي.

فضادي عند المسنين:

صحة الفم:

- * يشكو حوالي 40% من المسنين الأصحاء من جفاف الفم.

تتحدر حاسناً الشم والذوق مع التقدم بالعمر وتضعف القدرة على المص.

- * ينخفض المستوى القاعدي لجريان اللعاب مع التقدم بالعمر، ولكن الإلحاد المرض لا يتبدل.

لتكون تدور الجنود أو أمراض النسج الداعمة شائعة مع التقدم بالسن ويعود ذلك جزئياً إلى تدهور العناية بصحة الفم مع زيادة الضغط اليدامي.

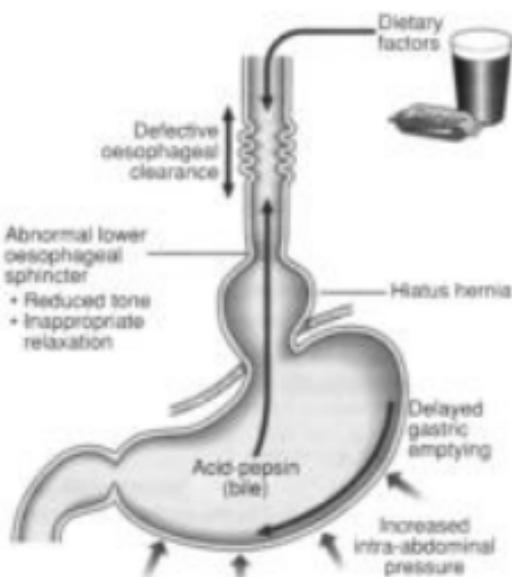
- * يمكن أن تؤدي إصابة الجيوب حول السننة بالحاجز باللاهوائيات سلبية الفرام عند المسن الواهن جداً إلى حدوث تحرُّن الدم أو انتشار الدم.

أمراض المري**DISEASES OF OESOPHAGUS****داء الجزر المعدي المريضي****GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

يصيب الجزر المعدي المريضي المسبب للشعور بالنداع حوالي 30% من عموم الناس.

٨. الفيزيولوجيا المرضية:

إن التوترات العارضة من الجزر المعدي المريضي شائعة عند الأصحاء. يتبع حدوث الجزر موجات حوية تقوم بتنظيف المري، وكذلك يقوم اللعاب الكلوي بتعديل الحمض المتبقى وبالتالي لا تحدث أمراض. يحدث داء الجزر المعدي المريضي عندما تتعرض مخاطية المري للمحتويات المعدية لفترات طويلة من الزمن مما يؤدي لحدوث أمراض وقد يحدث في نسبة معينة من الحالات التهاب المري. توجد عوامل متعددة معروفة مسؤولة عن ذلك (انظر الشكل 21).



الشكل 21: العوامل المترافقية مع تطور داء الجزر المعدني المريئي.

أ. تسلل ذات المقدرة المريئية السفلية:

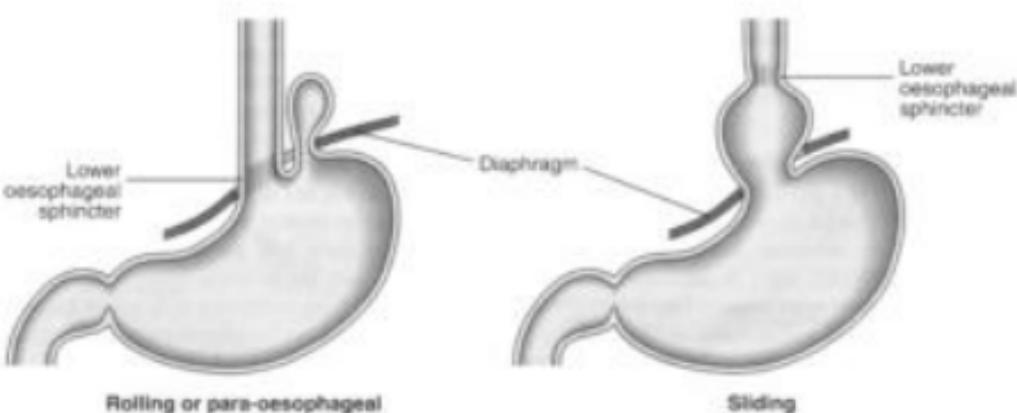
تكون المصبة المريئية السفلية، في حالة الصحة، متقلصة بشكل توسيعي، وتسترخي فقط خلال عملية البلع. لكن تكون مقوية المصبة المريئية السفلية لدى بعض المرضى ضعيفة مما يسمح بحدوث الجزر عندما يرتفع الضغط داخل البطن. وعند آخرين تكون مقوية المصبة القاعدية سوية ولكن يحدث الجزر لديهم استجابة لنبضات متكررة من استرخاء المصبة غير المناسب.

2. الفتق الفرجوي:

يسبب الفتق الفرجوي (انظر الجدول 25 و الشكل 22) الجزر لأن مدرج الضغط بين جوفية البطن والمصدر (الذي يضغط الفرجة بشكل سوي) يكون مفقوداً وإضافة لذلك تختفي الزاوية المائلة بين المريء والقولون.

الجدول 25. الملامح الهمامة للفتق الفرجوي:

- يحدث عند 30% من الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 50 سنة.
- غالباً لا أعراض.
- يمكن أن يحدث التذع والفالس.
- قد تختلف المدة حسب المريضة الكبيرة بالفتحة المعدنة.



الشكل 22: انواع الفتق المرجوي.

تتطور لدى العديد من المرضى الذين لديهم هنوق فرجوي كبيرةً أعراض الجزر، ولكن العلاقة بين وجود الفتق وحدوث الأعراض واهية. حيث أن الفتق الفرجوي شائع جداً عند الأشخاص الذين لا يعانون من أمراض، ويكون لدى بعض المرضى الأعراضين فقط متفاوتاً جداً فقط. وقد لا يكون لديهم أي هنوق. بالرغم من ذلك، فإن جميع المرضى تقريباً الذين يحدث لديهم التهاب مري، أو مري باريت أو تضيقات يكون لديهم هنوق فرجوي.

3. التصفيية المرئية المتأخرة:

توجد الفعالية الحوية المرئية المعيبة بشكل شائع عند مرضى التهاب المري. وهي شدود بدني لأنها تستمر حتى بعد أن يشفى التهاب المري بالمعالجة الشاملة لإفراز الحمض. تؤدي التصفيية المرئية الضعيفة إلى زيادة فترة التعرض للحمض.

4. المحتويات المعدية:

إن الحمض المعدني هو أهم محرك للمربي وتوجد علاقة وثيقة بين فترة التعرض للحمض والأعراض.

5. الإفراغ المعدني العجيب:

يتاخر الإفراغ المعدني في مرضى داء الجزر المعدني المرئي، وسبب ذلك غير معروف.

6. زيادة الضغط داخل البطن:

إن الحمل والبدانة هي من العوامل المذهبة، وقد يؤدي إنقاص الوزن إلى تحسن الأعراض.

7. العوامل القوائية والبيئية:

ترخي الوجبات الدسمة والشوكولا والكحول والقهوة المصمرة المرئية السفلية مما يؤدي إلى إثارة الأعراض. وتحتاج أدلة بسيطة على اتهام التدخين والـNSAIDs كأسباب لداء الجزر المعدني المرئي.

B. المظاهر السريرية:

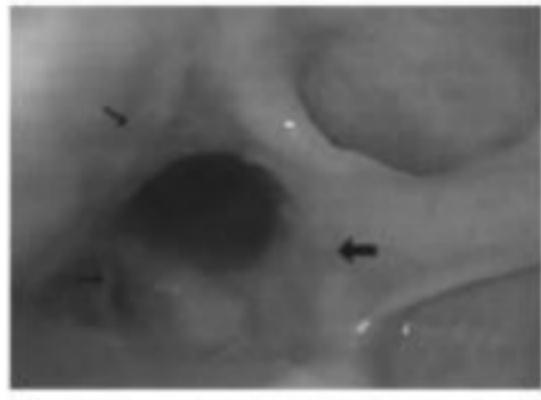
غالباً ما تثار الأعراض الرئيسية (اللذع والقلس) بالانحناء أو الكيس (كما في حالة التقوط أو رفع الأثقال) أو الاست舅اج. غالباً ما يوجد الدهق المائي الذي هو عبارة عن إعاب (إفراز شديد للعاب) ينجم عن تثبيه منعكس الغدد اللعابية عندما يدخل الحمض إلى المري. إن وجود قصة زيادة الوزن شائعة. يستيقظ بعض المرضى أحياناً نتيجة شعورهم بالاختناق الناتج عن تحرير السائل المجزور Refluxed fluid للحنجرة.

C. الاختلاطات:**1. التهاب المري:**

توجد سلسلة معروفة من الموجودات التنظيرية تتراوح من الاحمرار الخفيف إلى الشديد و حتى التقرّر النازف وتشكل التشيكات (انظر الشكل 23). توجد علاقة واهية بين الأعراض والموجودات التنظيرية والتسيجية، حيث قد يترافق التظير السوي والدراسة التسيجية السوية بشكل تام للمري مع داء الجزر المعدى الترشي الشديد.

2. مري باريته:

إن مري باريت [المري المبطن بالخلايا الاسطوانية (CLO)] هو حزول غدي قبل سرطان المري السفلي تستبدل فيه البطانة الشائكة بمحاطية اسطوانية تتكون من باحات حاوية على موزاييك خلوية للحزول المعموي (انظر الشكل 24)، يحدث كاستجابة تكيفية للجزر المعدى المريض المزمن ويوجد عند 10% من المرضى الخاضعين للتظير المعدى بسبب أعراض الجزر.



الشكل 23. التهاب المري الجزئي - المري ملتئب ومتدرج (الأسماء الصغيرة) ويوجد تشريح باكر (السهم الكبير).



الشكل 24: مري باريست. تمتد المخاطية الأسملوانية الزهرية علويًا إلى المري. تبقى جزر من المخاطية الشائكة (السهم).

تشير الدراسات الوئية ودراسات تشريح الجثث إلى أن معدل الانتشار قد يكون أكبر من ذلك بعشرين مرة وذلك لأن الحالة تكون غالباً لا أعراضية حتى تكشف الحالة عندما يتظاهر لدى المري سرطان المري.

يحدث الـ CLO بشكل أساس عند الذكور القوقازيين الغربيين ويكون نادراً عند المجموعات العرقية الأخرى. يعتبر عامل الخطورة الرئيسي للأديبوكارسيونوا المريضية مع معدل خطورة حدوث السرطان مدى الحياة حوالي 10٪. يقدر معدل حدوث السرطان بـ 1 لكل 200 بالسنة (0.5٪ بالسنة). إن معدل الخطورة المطلقة منخفض، ولكن يموت أكثر من 95٪ من مرضى CLO نتيجة أسباب أخرى عدا سرطان المري. إن معدل الانتشار في ازدياد وهو أكثر شيوعاً عند الرجال (خاصية المرض) وعند أولئك الذين يتجاوز عمرهم 50 سنة، ويترافق بشكل متغير مع التدخين ولكن ليس مع تناول الكحول.

تشير الدراسات الحديثة إلى أن خطورة السرطان ترتبط مع مدة وشدة الجزر أكثر من ارتباطها مع وجود CLO بعد ذاته، ولكن ذلك لا يزال بحاجة إلى برهان. يركز الاهتمام حديثاً على أهمية الجزر العفصى المعدي - المريضى الحاوي على الصفراء والأنزيمات المعدنية والبيسين إضافة إلى الحمض. إن الحداثيات الجزيئية التي تحكم بتطور الـ CLO من حزول إلى عسر تصنّع ومن ثم إلى سرطان غير مفهومة جيداً، ولكن قد تلعب جزيئات الانتسان الخلوي عديدة الأشكال المعتمدة على الكالسيوم-E ومضادات P53 وعامل النمو المحول - β (TGF- β) ومستقبلات عامل النمو البشري (EGF) وعامل التصحر الورمي - α (TNF- α) دوراً في التطور الورمي.

يتطلب التشخيص خزعات نظامية متعددة لزيادة هرمة اكتشاف الحزول المعي وأو عسر التصنّع.

التبيير: لا يمكن للتبيير القوي لإفراز الحمض ولا للجراحة المضادة للجزر ان توقف ترقى او حتى تحرّض تراجع الـ CLO. وإنما تستطع المعالجة من أجل أعراض واختلالات الجزر مثل التصبير. إن المعالجة الاجتنابية

التنظيرية أو المعالجة المفتوحة يناميكية قد تؤدي إلى تراجع الحالة ولكن (الجزيرات المدقونة) من المخاطية الفدية تستمر بالتواجد تحت الطهارة الشائكة وبذلك لا يتم القضاء على خطورة حدوث السرطان، حاليا، تبقى هذه الحالات تجريبية ولكن يبدو أنها معالجات واعدة، وتستعمل عند المرضى الذين لديهم عسرة تنسج مرتنة الدرجة (HGD) أو خيانة في مراحلها الباكرة ولكنهم غير ملائمون للجراحة، يجري التصني التقطيري المنظم لجزيئي عسرة التنسج والوقاية من الخيانة أو تشخيصها في المرحلة القابلة للشفاء، يمكن للشخص أن يكتشف الأورام في مراحلها الباكرة وأن يحسن من البقى لها لسنوات ولكن معظم حالات الـ CLO لا يكتشف حتى يتطور السرطان، ومن غير المحتمل لاستراتيجيات التشخيص أن تؤثر على معدل الوفيات الإجمالي بسرطان المري، إن إجراءات التشخيص مكلفة وإن دراسات الكلفة - الفائدة (الفعالية) كانت ذات نتائج متعارضة، يوصى حالياً بإجراء التشخيص كل 2-3 سنة لأولئك الذين ليس لديهم عسرة تنسج وكل 6-12 شهر لأولئك الذين لديهم عسرة تنسج متخصصة الدرجة، يوصى وبشكل واسع بإجراء استقصال المري لأولئك الذين لديهم HGD وذلك لأن العينات المستأنسة كانت تحمل سرطاناً في 40٪ من الحالات، قد يكون ذلك مبالغ فيه وتشير المعيقات الحديثة إلى أن الـ HGD يبقى مستمراً غالباً وقد لا يتطور إلى سرطان عند نسبة جيدة من المرضى، إن المتابعة اللصيقية مع إجراء الخزعة كل 3 شهور هي استراتيجية بديلة عند أولئك المصابة بـ HGD، من المطلوب إجراء دراسات إضافية لإثبات الأدلة الحديثة التي تشير إلى أن التشخيص الأكثر انتقائية ويفوّض زمرة أطول قد يكون أمراً وأكثر فائدة من حيث الكلفة والفعالية.

3. فقر الدم:

يحدث فقر الدم يعزى الحبيبي نتيجة فقد الدم المزمن الطيفي من التهاب المري طويل الأمد، ويكون لدى كل المرضى تقريباً فتق فرجوي كبير، بما أن الفتق الفرجوي شائع جداً فإنه يجب أن تؤخذ الأسباب الأخرى لفقر الدم بعض الاعتبار (خاصة سرطان الكوليوني المستقيمي) عند مرضى فقر الدم حتى وإن كشف التقطير وجود التهاب مري وفتق فرجوي.

4. التهسيق المريضي الحميد:

تطور التهسيقات الاليفية نتيجة التهاب المري طويل الأمد، يكون معظم المرضى من الكهول وقد يكون لديهم فعالية حوية مريضية ضعيفة، ينطaher بعسرة البلع الذي يكون أكثر سوءاً مع الأطعمة الصلبة من المسائلة، إن حدوث الانسداد باللقمة الطعامية بعد تناول الطعام يمكن أن يؤدي إلى عسرة بلع مطلقة، إن وجود قصبة شعور بالذاع هو أمر شائع ولكن ليس بشكل ثابت لأن العديد من الكهول تحدث لديهم التهسيقات بدون وجود قصبة شعور بالذاع سابقاً.

يوضع التشخيص بالتنظير وتؤخذ خزعات من التهسيقات لاستبعاد الخيانة، يجري التوسیع بالبالون أو الشمعات، ويجب بعد ذلك اليد، بمعالجة طويلة الأمد بالأدوية المثبتة لمحضنة البروتون وجرعات كاملة من أجل إنقاذه خطورة نكس التهاب المري وتشكيل التهسيق، يجب أن يتضمن المرض بمضاع الأطعمة بشكل كامل ومن المهم في هذا المجال ضمان وجود مجموعة من الأسنان التي تحقق هذا الهدف.

D. الاستقصاءات:

يمكن معالجة المرضى سعار السن الذين ينتظرون بأعراض نموذجية للجزر المعدي المريض دون وجود مظاهر مقنقة مثل عسرة البلع أو فقد الوزن أو هقر الدم بشكل تجريبي.

ينصح بالاستقصاء في حال ظاهير المرض بأعراض متقطعة أو متأخرة، وفي حال كانت الأعراض غير نموذجية أو تم الاشتباه بحدوث اختلالات. إن التقطير هو الاستقصاء المختار ويجرى من أجل استبعاد الأمراض الهضمية العلوية التي تقاد الجزر المعدي المريض ومن أجل تحديد الاختلالات.

إن التقطير السوي لدى المرضى الذين يشكون من أعراض متوافقة مع الداء يجب أن لا يؤدي إلى استبعاد معالجة داء الجزر المعدي المريض. عندما يكون التشخيص غير واضح بالرغم من إجراء التقطير أو عندما تزداد الجراحة بعين الاعتبار فإنه يستطع مراقبة الدـ PH لأربع وعشرين ساعة، يتضمن ذلك ربط قنطرة تحويلة بعميلار انتهائـي حساس للـ PH بوضع فوق الوصل المعدي المريض. يسجل الدـ PH داخل اللمعة بينما يمارس المريض فعالـيته المعتادة وتدون نوب الألم ويتم إظهار علاقتها مع الدـ PH. إن الدـ PH الأقل من 4 خلال أكثر من 6-7٪ من زـمن الدراسة يشخص داء الجزر المعدي المريض.

E. التدبيرـ

ينصح المريض بتعديل نمط الحياة والذي يتضمن إنفاس الوزن وتجنب القوت الذي يهدى المريض أنه يمسه إلى الأعراض ورفع رأس السرير عند الذين يعانون من أعراض ليلية وتجنب الوجبات في أوقات متأخرة والتخلـ عن التدخـن. رغم أنه يوصى بالقيام بكل ما سبق لكن ذلك ثـادرـا ما يكون ضروريـا.

إن تناول مضادات الحموضة والأجبـيات التي تؤدي إلى تكوين طبقة مخاطـية واقـية فوق مخاطـية المـريـ كان لها شأنـةـ معتبرـةـ من الناحـيةـ الأـعـراضـيةـ عندـ مـعـظـمـ المـرـضـيـ. تـسـاعـدـ مـضـادـاتـ مـسـتـقـيلـاتـ Hـ يـةـ تـحسـنـ الأـعـراضـ دونـ أنـ تشـفـيـ التـهـابـ المـريـ. إنـ هـذـهـ الأـدوـيـةـ جـيـدةـ التـحـمـلـ وـيـتـمـ تـقـمـيـلـ زـمـنـ تـاـوـلـ الدـوـاءـ وـمـقـدـارـ الجـرـعـةـ حـسـبـ اـحـتـيـاجـاتـ كـلـ مـرـضـيـ.

إن مـثـبـطـاتـ مـضـخـةـ الـبـرـوـتـونـ هـيـ المـعـالـجـةـ الـخـتـارـةـ منـ أـجـلـ الـأـعـراضـ الشـدـيدـةـ وـمـنـ أـجـلـ دـاءـ الجـزـرـ المعـديـ المـرـضـيـ المـخـلـطـ. تـزـوـلـ الـأـعـراضـ بـشـكـلـ ثـابـتـ تـقـرـيبـاـ وـيـشـفـيـ التـهـابـ المـريـ عندـ مـعـظـمـ المـرـضـيـ. إنـ تـكـسـ الـأـعـراضـ شـائـعـ عـنـدـ إـيقـافـ الـمـعـالـجـةـ وـيـحـتـاجـ بـعـضـ الـمـرـضـيـ لـمـعـالـجـةـ مـدـيـ الـحـيـاـةـ بـادـئـ جـرـعـةـ مـقـبـولةـ. إنـ المـرـضـيـ الـذـيـ لاـ يـسـتـجـبـ لـمـعـالـجـةـ الـدـوـائـيـةـ وـأـوـلـتـكـ الـذـيـنـ لـاـ يـرـغـبـونـ بـتـاـوـلـ مـثـبـطـاتـ مـضـخـةـ الـبـرـوـتـونـ لـأـمـدـ طـوـيلـ وـأـوـلـتـكـ الـذـيـنـ يـكـونـ لـدـيـمـ الـعـرـضـ الرـئـيـسيـ هـوـ الـقـلسـ الشـدـيدـ يـجـبـ أـنـ يـؤـخـذـواـ بـالـعـتـابـ منـ أـجـلـ الـجـرـاحـةـ الـمـهـامـةـ لـلـجـزـرـ.

EBM**داءـ الجـزـرـ المعـديـ الـفـرـونـيـ – دورـ التـخـالـلـ الدـوـائـيـ:**

يشـيرـ تـحلـيلـ نـاتـجـ الـدـرـاسـاتـ الـمـتـوفـرـةـ إـنـ مـثـبـطـاتـ الـبـرـوـتـونـ هـيـ أـفـضلـ بـشـكـلـ كـبـيرـ مـنـ مـضـادـاتـ مـسـتـقـيلـاتـ Hـ يـةـ لـتـفـصـلـ التـهـابـ المـريـ وـيـتـمـ التـلـمـعـ مـنـ الـأـعـراضـ. إنـ مـثـبـطـاتـ مـضـخـةـ الـبـرـوـتـونـ تـشـفـيـ التـهـابـ المـريـ المـقاـومـ لـمـعـالـجـةـ طـوـيلـةـ الـأـمـدـ مـضـادـاتـ مـسـتـقـيلـاتـ Hـ.



الشكل 25: معالجة داء الجزر المعدى المريئي.

يمكن أن تجري الجراحة المضادة للجزر كعملية مفتوحة ولكنها وبشكل متزايد تجري عبر تنظير البطن. على الرغم من أن الندع والقلنس يخف عند بعض المرضى إلا أنه يتطور عند نسبة منهم اختلاطات مثل عدم القدرة على الإتقاء والتقطة البهتية (متلازمة الغاز - التقطة). مخطط معالجة المدون به (الشكل 25).

قطعاً عندي المرضى:

داء الجزر المعدى المريئي:

- إن شفاعة داء الجزر المعدى المريئي أعلى عند الناس المستنين والاختلافات أكثر شيوعاً.
- شدة الأعراض لا ترتبط مع درجة التهاب المخاطية عند المستنين.
- الاختلاطات المتأخرة مثل التشبيقات الهدسية أو التزف من التهاب المري هي أكثر شيوعاً عند الناس المستنين.
- الاستثناء من داء الجزر المعدى المريئي الشخص يجب أن يؤخذ بالاعتبار عند المرضى المستنين مع ذات رئة متكررة.

أسباب أخرى لالتهاب المري:

أ. الخمج

يحدث المرضيات المريئيات عند المرضى المتهكين وعند أولئك الذين يأخذون مسادات واسعة الطيف أو الأدوية السامة للخلايا. وهو مشكلة خاصة عند مرضى الإيدز الذين هم عرضة لطيف من الأحاج المريئية.

2. التهاب المريء والأذن لات (بالكلمات)

محاولات الانتحار بالمبixin المترالى القوي أو بمحض البطارير تتبع بحروق مزدوجة في الفم والبلعوم وبالتهاب مري اكال واسع. وهذا يختلف باختلاف المري موزعياً إلى التهاب المتصف وبخليطه بتشكل تهنيقات. وقت المراجعة فإن المعالجة تكون محافظة ومتينة على التسريح وعلى الدعم الغذائي. يجب تجنب تحرير mucus الإقياء ويفضل إلا يجرى التقطير الباطئ في هذه المرحلة بسبب الخطورة المرتفعة لانثقاب المري.

بعد المرحلة الحادة فإن بلعة الماريوم تجرى لتوضيع امتداد تشكل التضيق، التوسيع بالتطيير الباطئ يكون ضرورياً عادة على الرغم من أنه صعب وخطر لأن التضيقات غالباً طوبية ومتعرجة وتنتسب سهلة.

Page 3

معضلات البوتاسيوم ومضادات الالتهاب اللاستيرويدية قد تسبب فرحتات مريئية عندما تتعجب الحبوب فوق تدقيق مريئي، المستحضرات السائلة لهذه الأدوية يجب أن تستخدَم عند هكذا مرضٍ، مركبات البسلوفونات خصوصاً الألبيترونات تسبب تقرحاً مريئياً ويجب أن تستخدَم بحذر عند المرضى المعروف أن لديهم اضطرابات مريئية.

MOTILITY DISORDERS

الاشعراءات الحركية

٤. الحبَّةُ الْبَلَعُومِيَّةُ PHARYNGEAL POUCH

عدم تناقض البليغ ضمن المعلوم يؤدي إلى انفتاق غير المعنونة بالخطبة المعلومة وتشكل جيب. يكون معظم المرض مسنين وليس لديهم اعراض. على الرغم من أنه قد يحدث قلس ونفس كريه (يخت) وعسرة بلع. يلاحظ البعض فرقرة في الحلق بعد البلع. بلعة الباريوم تظهر الجيب بوضوح وتظهر عدم تناقض البليغ غالباً مع استشاق رثوي. قد يكون التظليل الباطني خطراً حيث أن الأداة قد تدخل وتنقب الجيب. قطع المعنونة الجراحى واستئصال الجيب يستطلب عند المرضى العرضين.

III. لا ارتخائية المري :ACHALASIA OF THE OESOPHAGUS

A. الفيزيولوجيا المرضية:

اللّا إِلَهَ إِلَّا اللّٰهُوَكَبَرُ

- مصورة المري السقاليّة مفرطة التوتّر والتي تفشل في الارتخاء استجابةً لّموجة البُلْع.
 - فشل انتشار التقلصات المريضيّة مما يؤدي إلى توسيع متropic المري.

السبب مجهول على الرغم من أنه وجد قصور في التغذية اللامبرينجية واللامبورينجي (NANC) المرتبط باستطاع شلل لاوكسيد التتریک ضمن المقدرة المريئية السفلية. ويحدث تكسن للخلايا المعدية ضمن مقدرة جسم المري. فقدان التوازن المبهمية الطهورية في جذع الدماغ يمكن أن يظهر بوضوح في المراحل المتأخرة. إن داء شاغل مسؤول في أمريكا الجنوبية وهو عبارة عن احتشار بمعتمدية من الأوالي (Trypanosoma cruzi) يؤدي إلى التهاب عصبية قاتمة وسلسلة من الاضطرابات الحركية للسبيل الهضمي. إن تحرّب الخصيصة العصبية المعرفة تسبّب متلازمة لا يمكن تمييزها سريرياً عن اللارتخالية.

B. المظاهر السريرية:

اللارتخالية مرمن نادر يصيب 1 من كل مئة ألف من الناس في الشعوب الغريبة. يتتطور عادة في منتصف العمر ولكن يمكن أن يحدث في أي عمر. تتطور عسرة البلع ببطء، وتكون متقطعة مبدئياً. تكون أسوأ بالنسبة للجهاز المعدني المريضي. يعني بعض المرضى من توقيع الماء صدرى شديد ناجم عن تشنج المري (اللاروخانية تمنع الجزر المعدني المريضي). كما ترافق المرض فإن عسرة البلع تسوء ويفرغ المري بشكل سيني ويتطور الاستنشاق الرئوي الثابلي. تذهب اللاروخانية لحدوث سرطانة المري الشائكة.

C. الاستقصاءات:

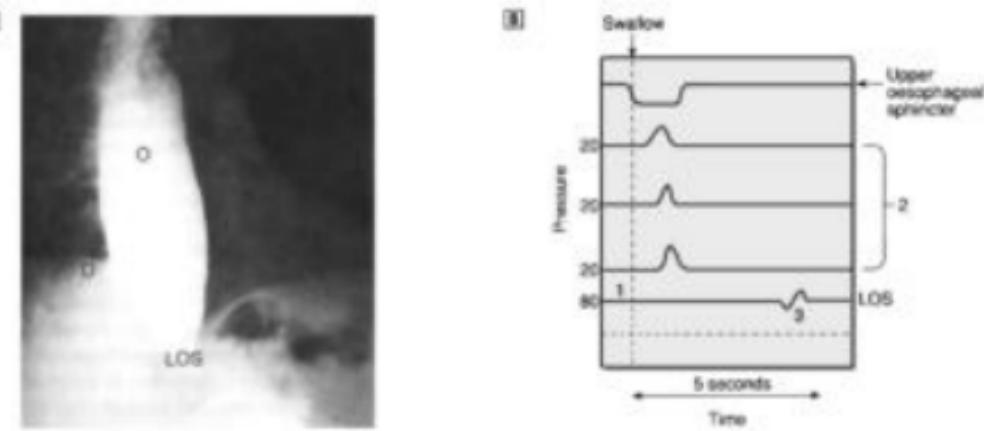
صورة العصر الشعاعية قد تكون شاذة في المراحل المتقدمة من المرض مع زيادة عرض المتصief بسبب توسيع المري الشديد ومع مظاهر ذات الرئة الاستنشافية.

تظهر بلحة الباريوم تضيقاً مستديداً في أسفل المري. يكون جسم المري في المراحل المتقدمة من المرض متوسعاً لا تمعجياً ومملوءاً بالطعام (انظر الشكل A26). يجب أن يجرى التقطير الباطئ أيضاً لتمييز المظاهر الشعاعية هذه عن السرطان. يمكن أن يقلل السرطان المتوضع في الفؤاد اللاروخانية من حجم المظاهر والسمات الشعاعية وسمات قياس الضغط في المري (اللاروخانية الكاذبة).قياس الضغط في اللاروخانية يثبت الضغط العالى وعدم ارتفاع مقدرة المري السفلية مع قلوصية ضعيفة لجسم المري.

D. التدبير:

I. التقطير التناقليري الباطئ:

يقوم التوسيع الهوائي الفعال باستخدام بالون يقطر 30-35 ملم بوضع بواسطة التقطير الوهمي بإصلاح المقدرة المريئية ويعحسن الأعراض عند 80% من المرضى. يحتاج بعض المرضى لأكثر من توسيع واحد ولكن أولئك المتقطرين لتوسيع متكرر فإنهم أفضل ما يعالجون جراحياً. حقن الديفان الوشيقين الموجه بالتقطير الباطئ في المقدرة المريئية السفلية يحدث هجوماً سريراً ولكن التكس شائع.



الشكل 26: «اللارترخالية». A: الصورة الشعاعية مظهرة لمري متوجع مملوء بالباريوم (D) مع مسيرة مرئية سفلية مستدقة ومسنقة (D=الحجاب الحاجز). B: قياس الضغط المرئي يظهر ارتفاع ضغط مسيرة المري السفلية في الراحة (1)، تقليصات غير منشورة قليلة الارتفاع في جسم المري (2)، وفشل رأة استرخاء مسيرة المري السفلية على البالغ (3)، فارن مع (الشكل 1).

2. التدبير الجراحي

قطع العضلة الجراحي (عملية هيالر) يجرى بالعملية المفتوحة أو بمقاربة تطهير البطن وهو فعال للغاية على الرغم من أنه خيار غازٍ أكثر، قد يختلف كلٌ من التوسيع الهوائي وقطع العضلة بالجزء المعدى المرئي ويمكن أن يؤدي ذلك إلى التهاب مري شديد لأن التصفية المرئية تكون سيئة جداً عند هؤلاء المرضى، لهذا السبب يشترك قطع العضلة هيالر بعملية على القاع الجراحي المضاد للجزء المعدى المرئي المثبت للرحم باستخدام مثبت مضخنة البروتون هو غالباً ضروري تلو المداخلة الجراحية أو التظيرية الباطنية لللارترخالية لمنع التهاب المري.

III. اضطرابات المري الحركية الأخرى

يتناول تشنج المري المنتشر في أواخر العمر المتوسط مع الم صدرى توبي قد يقلل الخناق ولكن يتراافق أحياناً بعسرة بلع عابرة، تحدث بعض الحالات استجابة للجزء المعدى المرئي، المعالجة مبنية على استخدام الأدوية المثبتة لمضخنة البروتون عندما يوجد الجزر المعدى المرئي، الترتات الفموية أو تحت اللسان أو التيليفيدرين قد تخفف هجمات الألم، نتائج العلاج مخفية للألم والبدائل بالتوسيع الهوائي والقطع العضلي هي ردية أيضاً.

هري (كسرة البن دق) هو حالة تكون فيها الفعالية التمعجية تشبيطة للغاية مؤدية إلى ألم صدرى نوبى وعسرة بلع. المعالجة مبنية على استخدام التترات أو التيفيدرين.

اضطرابات الحركية اللانوعية تشكل مجموعة من الاضطرابات المريئية الحركية والتي لا تنبع في كينونة مرضية خاصة. يكون المرضى مصابين عادة ويتظاهرون بعسرة بلع وألم صدرى. تحدث سلسلة من الشذوذات في ضغوط المري تراوحت من التمعج السين إلى التشنج.

IV. الأسباب الثانوية لعسر حركية المري:

SECONDARY CAUSES OF OESOPHAGEAL DYSMOTILITY:

في الملابة الجهازية تستبدل عضلة المري بنسج ليفي. ونتيجة لذلك ينشل التمعج المري و هذا يؤدي إلى لذع وعسرة بلع.

التهاب المري غالباً ما يكون شديداً وتحدد التضيقات الليفية الحميدة. هكذا مرضى يحتاجون إلى علاج طويل الأجل بالأدوية المشبطة لمضخة البروتون. التهاب الجلد والعضلات والداء الرثائي والوهن العضلى الوخيم هي أسباب أخرى لعسر البلع.

V. التضيق المري الحميد :BENIGN OESOPHAGEAL STRICTURE

التضيق المري الحميد هو عادة نتيجة لداء الجزر المعدى المري (انظر الجدول 26) ويحدث على الأغلب عند المرضى المسنين الذين تكون التصفية المريئية لديهم سيئة.

الحلقات الناجمة عن التليف تحت المخاطية تحدث عند الوصل المريئي المعدى (حلقة Schatzki) وتسبب عسر بلع متقطع وغالباً ما يبدأ في العمر المتوسط. الورقة بعد الحلقة Post-Cricoid Web هي اختلاط نادر لفقر الدم بعوز الحديد (متلازمة باترسون - كيلي أو بلومر - فينسون) وقد تختلف بنتطور السرطانة الشائكة.

التضيقات الحميدة تعالج بالتوسيع التنظيري الباطنى والذي تستخدم فيه شمعات أو بالونات موجهة بسلك التمرير التسريح الليفى للتضيق.

الجدول 26. أسباب تضيق المري.

- داء الجزر المعدى المري.
- الوترات والحلقات.
- سرطان المري أو القزاد.
- الضيق المخارجي من سرطان قصص.
- تناول المواد الأكلالية (الكافورية).
- التدبة بعد العملية الثانية لاستئصال مري جزئي.
- عقب العلاج الشعاعى.
- الثاني لتضيق أنفسى معدى طويل الأمد.

أورام المري**TUMOURS OF THE OESOPHAGUS****1. الأورام الحميدة :BENIGN TUMOURS**

الأكثر شيوعاً هو ورم اللحمة المعدية المعرفة (GIST) وهو عادة لا يعرضني ولكنه قد يسبب نزفاً أو عسرة بلع.

II. سرطان المري :CARCINOMA OF THE OESOPHAGUS

كلها تقريباً تكون سرطانات غدية أو شائكة. السرطان صغير الخلية هو نعمى ثالث نادر.

1. السرطان الشائك :

في الشعوب الغربية يكون سرطان المري الشائك نادر نسبياً (انظر الجدول 27) (تقريباً 4 حالات من كل مئة ألف) بينما يكون شائعاً في إيران وجنوب آفريقيا والمصين (200 من كل مئة ألف). السرطان الشائك يمكن أن ينشأ في أي جزء من المري من المنطقة ما بعد الحلق حتى الفؤاد. تقريباً كل الأورام فوق الثلث السفلي للمري تكون سرطانات شائكة.

2. السرطان الغدي :

ينشا في الثلث السفلي للمري من مري باريت أو من قواط المعدة. معدل حدوث هذا الورم يزداد ونسبة حدوثه الآن حوالي خمسة من كل مئة ألف في المملكة المتحدة. من المحتمل أن يكون ذلك بسبب الانتشار المرتفع للجزر المعدني المريخي ولاري باريت في الشعوب الغربية.

A. المظاهر السريرية :

معظم المرضى لديهم قصة عسر بلع للأطعمة المصابة متوفقاً وغير مؤلم.

يُلاحظ آخرون بشكل حاد بسبب الانتساد بالبلعمة طعامية. في المراحل المتأخرة فإن نفس الوزن غالباً ما يكون شديداً، الألم الصدر أو البحة توحى بفزو منصفى. يؤدي التوسر بين المري والرئاش أو الشجاعة القصبية إلى سعال بعد البلع وإلى ذات رئة وانصباب جنب. العلامات الفيزيائية قد تكون غالبة ولكن حتى في التظاهر البدني فإن الدقى والاعتلال الغدى الملطفى الرقبي أو الأدلة الأخرى على الانتشار النشيلي تكون شائعة.

الجدول 27: سرطان الشائك: العوامل المسببة.

- التدخين.
- الالارتخالية في المري.
- الإفراط في الكحول.
- الوتيرة بعد الحلق.
- التضيق بعد الكابيات.
- منص بزر الموكهل Betel Nuts أو التبغ.
- النساء المولاث.
- النساء المولاث.

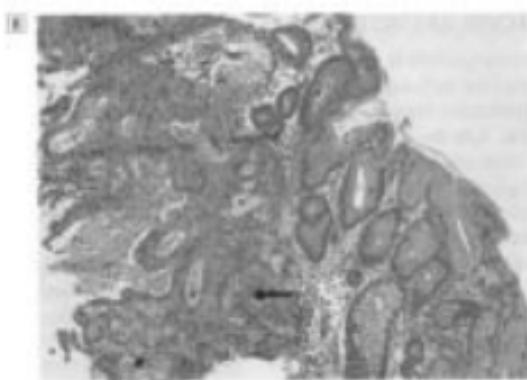
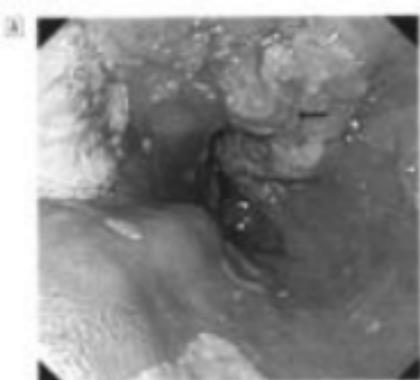
B. الاستقصاءات:

الاستقصاء المتنبّه هو التقطير الهضمي العلوي (انظر الشكل 27) مع الفحص الخلوي والخزعة. بلعنة الباريوم تظهر بوضوح مكان وطول التضيق ولكنها تقدم معلومات مفيدة قليلة.

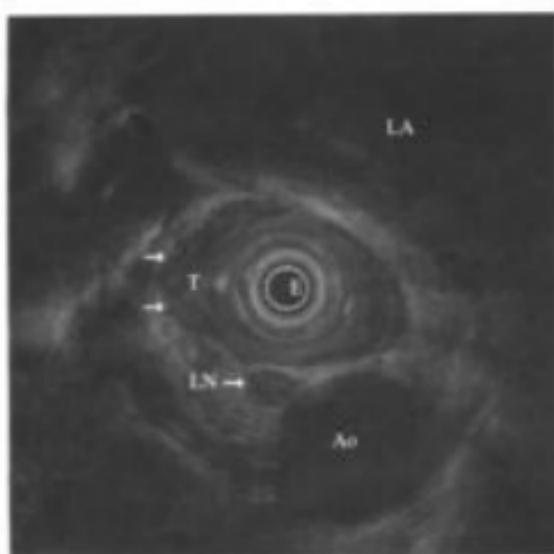
حالما ينجز التشخيص فإن الاستقصاءات تجري لتحديد مرحلة الورم وتحديد القابلية للعمل الجراحي. CT الصدر والبطن يجري لتحديد الانتشار النقيلي ولتحديد الفزو الوضعي. غزو الأبهر والتراكيب الموضعية الأخرى قد تستبعد الجراحة. لسوء الحظ فإن CT يميل إلى تحديد أقل مرحلة لمرحلة الورم والمطريقة الأكثر حساسية هو الإيكو عبر التقطير الباطني (EUS) والذي يدمج فيه الترجم (البروب) الصدوي بدروة منظار باطني معدل (انظر الشكل 28). هذه الاستقصاءات متعدد مرحلة TNM للمرضى.

C. التدبير:

رغم المعالجة الحديثة فإن البقيا الكلية لخمس سنوات للمرضى المتظاهرين بسرطان مري هي 6-7%. البقيا التالية لاستئصال المري تعتمد على مرحلة الورم. الأورام التي تتدنى خلف جدار المري وتملك إصابة عقد تقنية (N1) و T3) ترافق مع بقيا لخمس سنوات حوالي 10% بعد الجراحة. على كل حال فإن هذه الصورة تتحسن بشكل مهم إذا كان الورم مقتصرًا على جدار المري ولا يوجد انتشار للعقد اللمفية. البقيا الكلية التالية للجراحة (الشفافية بشكل محتمل) (إزالة كل الورم العياني) هي حوالي 30% لخمس سنوات ولكن الدراسات الحديثة توحّي بأن هذا يمكن أن يتحسّن بالعلاج الكيماوي المساعد الجديد (قبل العملية) والذي يشمل عوامل مثل السيسيلاتين وـ5-فلوروكورسييل. على الرغم من أن السرطانات الشائكة حساسة للأشعة إلا أن العلاج الشعاعي لوحدة يترافق مع بقيا 5% فقط لخمس سنوات.



الشكل 27. السرطانة الغدية للمرى السقالي. A: سرطان غدي متراافق مع مري باريت (السهم). B: تصريحها: كتل من خلايا خبيثة غازية تشاهد تحت مناطق الحذول المعموى (السهم).



الشكل 28: تحديه المرحلة لسرطان المريء بإيكو التقطير الباطني. الورم (T) يمتد عبر حدار المريء (T3، الأسهم). عقدة لنفية صغيرة بــ إيكو محيط الورم (LN) تشاهد أيضاً (السهم). (AO = الأبهي، LA = الأذينة اليسرى، E = إيكو التقطير الباطني).

بشكل تقريبي فإن 70% من المرضى لديهم مرض واسع عند التظاهر وعند ذلك تكون المعالجة ملطفة ومبينة على تحليف عشر البلع والألم. اجتثاث الورم الموجه بالتقطير الباطني باستخدام العلاج بالليزر أو إدخال سنتات هو الطريقة الرئيسية للتحسين البلع. العلاج الشعاعي الملطف قد يحدث انكماش لكل من السرطانات الشائكة والسرطانات الغدية ولكن الاستجابة الأعراضية قد تكون خطيرة.

يمكن أن تتحسن نوعية الحياة بالدعم الغذائي والسكن الملازم.

انثقاب المريء

PERFORATION OF THE OESOPHAGUS

السبب الأكثر شيوعاً هو الانثقاب طيني المنشأ كاحتلال للتوضيع أو التثبيب. التضيقات الخبيثة أو التضيقات الأكالة أو التضيقات عقب العلاج الشعاعي هي أكثر احتمالاً لأن تتفق أكثر من التضيقات الفرجية. التضيق الفرجي المتنفس يدير عادة بشكل محافظ باستخدام الصادات واسعة الخطى والتغذية الخلاطية ومعظمها يشفى في less than أيام. الانثقاب التضيقات الخبيثة وتضيقات الكابوبات وتضيقات العلاج الشعاعي يتطلب استئصالاً جراحيًا أو التثبيب.

ينتج انثقاب المريء العقدي (متلازمة بيرهاف) عن إفقاء وتحشُّل قويين. يحدث الم صدرى شديد وصدمة عندما تدخل المحتويات المرئية المعدية المتصف وجوف الصدر. يتطور نفخ تحت الجلد وانصبابات جنب ورياح مصدرية. يتم التشخيص باستخدام بعلبة ملليلتر منحلة بالماء والمعالجة تكون جراحية. التأخير في التشخيص هو العامل المؤدي إلى الوهيات المرتفعة المترافق مع هذه الحالة.

أمراض المعدة والمعنخ

DISEASES OF THE STOMACH AND DUODENUM

GASTRITIS

التهاب المعدة

يشخيص التهاب المعدة بالدراسات النسيجية على الرغم من إمكانية تمييزه أحياناً بالتلطير الباطني.

I. التهاب المعدة الحاد ACUTE GASTRITIS

غالباً أكل ونزيف. تكون العدالات الخليلية الالتهابية المسيطرة في الظهارية السطحية. تنتهي العديد من الحالات من تناول الأسبرين أو مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية (انظر الجدول 28). غالباً لا يسبب التهاب المعدة الحاد اعراضًا ولكن قد يسبب عسر هضم والقئ والغثيان أو الإقياء، وإقياءً دموياً أو نفوطاً زفرياً.

تزول العديد من الحالات بسرعة ولا تستحق استئصاله. في حالات أخرى فإن التلطير الباطني والخزعة قد يكونا ضروريين لاستبعاد القرحة الهدمية أو السرطان. يجب أن توجه العلاج نحو السبب الأساسي. العلاج الأعراضي قصير الأمد بمضادات المخصوصة أو مثبط الحمض (مثل مضادات مستقبل H₂) أو مضادات الإقياء، (مثل: ميتوكلوبراميد) قد يكون ضرورياً.

الجدول 28: الأسباب الشائعة لالتهاب المعدة.

التهاب المعدة الحاد (غالباً أكل ونزيف):

- الأسبرين، NSAIDs.
- المثبطة البواسية (الإثبات البدني).
- الكحول.
- أدوية أخرى مثل: مستحضرات الحديد.
- الكرب الفيزيولوجي الشديد مثل: الحرائق وقصور الأعضاء المتعدد ورض المعدة العصبي المركزي.
- الجزر الصفراوي مثل: النائل للجراحة المعدية.
- الانتانات المفروضة مثل: الحمة المخصوصة للخلايا CMV وفيروس الحلا السياسي في الإيدز.

التهاب المعدة المزمن اللانوعي:

- الإثبات بالملثوية البواسية.
- مناعية ذاتية (فقد الدم الوبيل).
- عقب استئصال المعدة.

الأشكال المزمنة النوعية (نادرة):

- الانتانات مثل: CMV، التدمن.
- الأمراض الهدمية مثل داء كرون.
- الأمراض الجهازية مثل الساركوتيد ومرض الطعام ضد الضفاف.
- محظوظ السبب مثل التهاب المعدة الحبيباني.

II. التهاب المعدة المزمن الناجم عن الإنتان بالملتوية البوابية:

CHRONIC GASTRITIS DUE TO HELICOBACTER PYLORI INFECTION:

السبب الأكثر شيوعاً لالتهاب المعدة المزمن هو الملتوية البوابية (انظر الجدول 28). الخلايا الالتهابية المسليطة هي الخلايا المقاوية والخلايا البلازمية. يكون التواافق بين الأعراض والموجودات التشخيصية أو التشريحية المرضية صحيحاً. معظم المرضى لا عرضين ولا يتطلبون أية معالجة. مرض سوء الهضم والتهاب المعدة المرتبط بالملتوية البوابية قد يستفيدين من استئصال الملتوية البوابية.

III. التهاب المعدة المزمن المناعي الذاتي :AUTOIMMUNE CHRONIC GASTRITIS

يصيب جسم المعدة ويعتبر عن الفار وينتشر من فعالية مناعية ذاتية ضد الخلايا الجدارية. المظاهر التسريحية هي التهاب مزمن منتشر وضمور وقدد الشعر وحؤول معموي وأحياناً فرط تنسج الخلايا الشبيهة بالحبة للكروم المغوبية (ECL). قد توجد أحياناً اضداد جوالة مضادة للخلايا الجدارية والعامل الداخلي، وتكون عند بعض المرضى درجة الضمور المعدني شديدة و يؤدي نقص إفراز العامل الداخلي إلى حدوث فقر الدم الوبييل. التهاب المعدة بنفسه لا أعراض يعادل لكن بعض المرضى لديهم دليل على اضطرابات مناعية ذاتية نوعية لأعضاء أخرى خصوصاً المرض الدرقي. يوجد زيادة أربعة أضعاف في خطورة تطور السرطان المعدني.

IV. داء منترير :MENETRIER'S DISEASE

في هذه الحالة النادرة فإن الوهدات المعدية تكون متداولة ومتعرجة مع استبدال الخلايا الجدارية والخلايا الرئيسية بخلايا مفرزة للمخاط. كنتيجة فإن الثنيات المخاطية للجسم والقانع تكون متخصمة. معظم المرضى يكونون ناقصي حمض الهيدروكلوريك. بينما بعض المرضى لديهم أعراض هضمية علوية. يظهر لدى المائبة في الأعمار المتوسطة والتقدمة باعتلال معموي مخصوص للبروتين ناجم عن النضج من المخاطية المعدية. تظهر وجبة الباريوم ثنيات متخصمة وعقيدية وخثنة والتي تشاهد أيضاً بالتنظير الباطني على الرغم من أن الخزعات قد لا تكون عميقاً كافية لظهور كل السمات التسريحية. المعالجة بالأدوية المضادة للأفراز قد تتخلل من فقد البروتين ولكن المرضى غير المستجيبين يحتاجون إلى استئصال معدة جزئي.

PEPTIC ULCER DISEASE

الداء القرحي الهضمي

يشير مصطلح (القرحة الهضمية) إلى فرحة في المريء أو المعدة أو الغضروف أو في المصالن بعد المساغرة الجراحية للمعدة أو نادراً في القناة بجوار رتج ميكيل. الفرحة في المعدة أو الغضروف قد تكون حادة أو مزمنة وكلاهما يخترق العضالية المخاطية ولكن القرحة الحادة لا تظهر دائمًا على التليف، المسحוגات لا تخترق العضالية المخاطية.

١. القرحة المعدية والمعوية : GASTRIC AND DUODENAL ULCER

على الرغم من أن شروع القرحة المعوية متلاصص في العديد من المجتمعات الغربية فإنّه لا يزال يصيب تقريباً ١٠٪ من كل البالغين في وقت ما من حياتهم. نسبة الذكور إلى الإناث بالنسبة للقرحة المعوية تختلف من ١/٥ إلى ١/٢ بينما تلك بالنسبة للقرحة المعدية هي ١/٢ أو أقل.

A. السمات :

I. الم寵ية البوابية :

يرتّب انتشار الخمج بالملوّنة البوابية في العالم الصناعي لدى عموم السكان بشكل مطرد مع العمر، وفي المملكة المتحدة فإنّ ٥٥٪ تقريباً من أولئك فوق عمر الـ ٥٠ سنة هم مخموّجون. ويكون الخمج في مناطق عديدة من العالم النامي أكثر شيوعاً بكثير ويكتسب غالباً في سن الطفولة. حتى ٩٥٪ من السكان يكونون مطعّجين في عمر البلوغ في بعض الأقطار. الفالبية العظمى من الناس المستعمرات بالملوّنة البوابية يرون معافين ولا عرضين وفقط القلة يطورون المرض السريري. حوالي ٩٥٪ من مرضى القرحة المعوية و٧٥٪ من مرضى القرحة المعدية يكونون مخموّجين بالملوّنة البوابية و ٣٠٪ اليافعة من القرحات المعدية تجمّع عن NSAIDS.

الإمراضية والفيزيولوجيا المرضية للأثنان تسمح حرافية المتعضية لها بالتوسيع والعيش عميقاً تحت الطبقة المخاطية ملتصقة بإحكام بالسطح الطلاهاري.

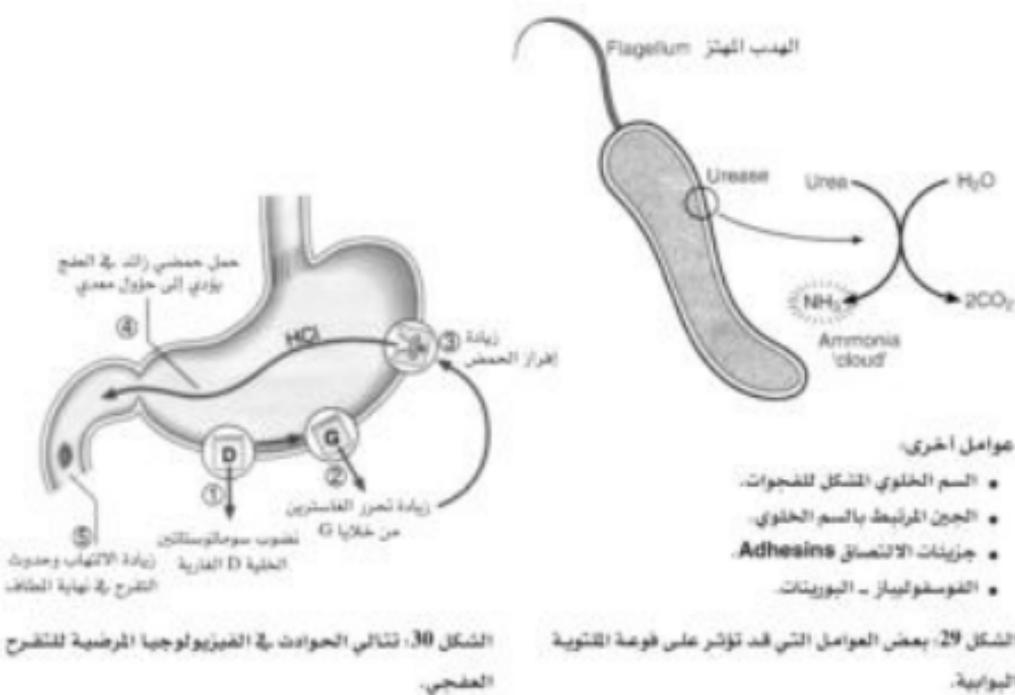
يكون PH السطحي هنا متداولاً تقريباً وأنّ حموسة تعدل إنتاج المتعضية لازيم التوريز. وهذا ينبع الأمونيا من البولة ويزرع الـ PH حول الجرثومة. على الرغم من أنها غير غازية فإنّ الجرثومة تحت على التهاب المعدة لزمن يتجاوز سنتين استجابة التهابية موضعية في الطلاهارية الخطيئة الناجمة عن تحرّر سلسلة من السموم الخطوية (انظر الشكل ٢٩). تستعمّ الم寵ية البوابية على وجه الحصر الطلاهارية من التهاب المعدة وتوجد فقط في العرق بالتزامن مع بقع حزول معدى.

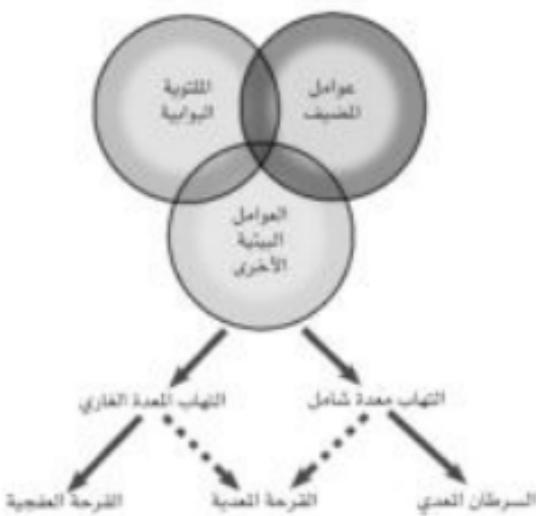
عند معظم الناس فإنّ الم寵ية البوابية تسبب التهاب المعدة الغاري المترافق مع نضوب السوماتوكساتين (من الخلايا D) وتحرّر القاسطرين من الخلايا G. إنّ هرط غاسترين الدم اللاحق يتبع إنتاج الحمض من الخلايا الجدارية ولكن في غالبية الحالات فإنّ هذا ليس له نتائج سريرية. في هذه من المرض (ربما أولئك الذين يرثون كثرة خلايا جدارية كبيرة) فإنّ هذا التأثير يكون متقدماً مؤدياً إلى تصرّح عصبي (انظر الشكل ٣٠). دور الم寵ية البوابية في إمراضية القرحة المعدية أقلّ وضوحاً ولكن من المحتمل أن تعمل الم寵ية البوابية على إقصاء مقاومة المخاطية المعدية لهجوم الحمض والبيسين. تسبب الم寵ية البوابية عند حوالي ٦٪ من الناس المخموّجين التهاب معدة شامل مؤدياً إلى ضمور معدى ونقص حمض الهيدروكلوريك. وهذا يسمح للبكتيريا بالتكاثر ضمن المعدة، وهذه قد تنتج تغيرات مولدة للطفيرات من تغيرات القذاء مؤدية لتطور السرطان المعدى (انظر الشكل ٣١). أسباب النتائج المختلفة غير واضحة ولكن اختلافات المساللة الجرثومية والعوامل المورثية للمحسّف يمكن كلاماً محتملاً.

أعراض جهاز الهضم والمتكرر

التشخيص: توفر اختبارات تشخيصية مختلفة عديدة من أجل خمج الملوية البوابية (انظر الجدول 29). بعضها خافٍ ويطلب تحليلاً باطنياً، والأخرى تكون غير خارجية وهي تختلف في الحساسية والتوعية. إجمالاً فإن اختبارات النفس هي الأفضل بسبب دقتها وبساطتها ولأنها غير خارجية.

الجدول 29. طرق تشخيص خمج الملوية البوابية.		
السلوان	الميزات	الاختبار
يتصفها الحساسية والتوعية لا تمييز الإنسان الحالى من الإنسان السابق.	سريعة. الأدوات متوفرة. جيدة بالنسبة للدراسات السكانية.	غير الفارغة. المصلية.
¹³ C يستخدم الفعالية الشعاعية. ¹⁵ C يتطلب مقياس طيف كثلى وغازى الثمن.	حساسية وتوسيع مرتفعان. اختبارات بوريا النفس.	الفارغة (الطرزة الفارغة). تسجيلاً.
تحدد سلبيات كلانية، تأخذ أيام عديدة للفحص. يتصفها الحساسية.	الحساسية والتوعية. رخيصة، سريعة، نوعية.	اختبارات البوروليز السريعة مثل: CLO - Pyloseltek.
الزرع يطير، ومرهق، يتصفها الحساسية.	المعيار الذهبى: يحدد الحساسية للصادات.	ذرع المضادات الدقيقة





شكل 31. نتائج الاتزان بالللتورية البيوية.

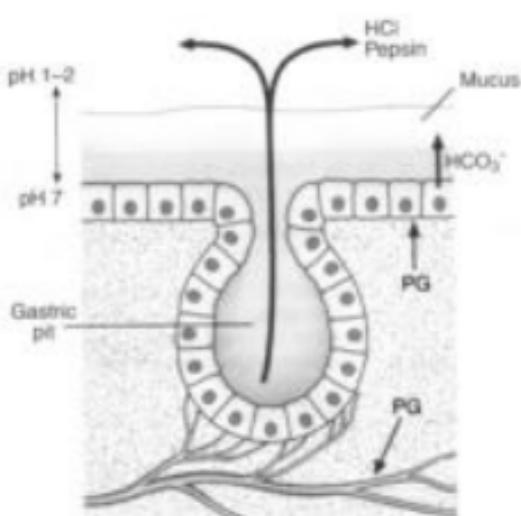
2. مضادات الالتهاب اللاستيرويدية (NSAIDs)

3. التدخين

يمنع التدخين خطورة زائدة للقرحة المعدية ولدرجة أقل للقرحة المغوية. عندما تتشكل القرحة فإنها تسبب اختلالات بشكل أكثر احتمالاً وتكون أقل احتمالاً لأن تشخيص بانظمة المعالجة القياسية إذا استمر المريض بالتدخين.

4. المقاومة المخاطية ضد الحمض والبيسين

تشكل قرحة عندما يوجد عدم توازن بين عوامل الهجوم (القدرة الهاضمة للحمض والبيسين) وبين عوامل الدفاع (قدرة المخاطية المعدية والمغوية على مقاومة هذه القدرة الهاضمة) (انظر الشكل 32). تشكل هذه المقاومة المخاطية الحاجز المخاطي المعدني. تحدث القرحات فقط في وجود الحمض والبيسين وهي لا توجد أبداً عند المرضى هادئي حمض الهيدروكلوريك مثل مرضى فقر الدم الوريل. من تأثيرات أخرى هي ان التقرح المعدني الشديد والمعتد يحدث بشكل دائم تقريباً عند مرضى متلازمة زولينجر إيسون والتي تتميز بإفراز مرتفع جداً للحمض.



الشكل 32، الحماية المخاطية المعدية العjective. البروستاغلاندين (PG) يبني إفراز البيكربونات والمخاط ويزيد الجرثيم الدموي المخاطي. تفرز بيكربونات إلى الطبقة المخاطية مما يؤدي إلى تعديل بيكربونات الهيدروجين عندما تنتشر للخلف إلى الطهارية. التجدد الخلوي السريع والإمداد الدموي المخاطي الغني هما عنصراً حماية مهمين.

معظم مرض القرحة العjective لديهم إفراز حمضي متقدّم بشكل واضح استجابة لتنبّه الفاسترين وإن المثلوية البوابية (كما ثوّقت مسبقاً) تؤدي إلى فرط غاسترين الدم. عند مرض القرحة المعدية تكون تأثيرات المثلوية البوابية أكثر تعقيداً وإن الدفع المخاطي الضعيف الناجم عن التحدّد الخمج بالمثلوية البوابية و NSAIDs والتدخين قد يملك دوراً أكثر أهمية.

B. الإعراضية:

القرحة المعدية المزمنة تكون وحيدة عادة. 90٪ منها تتوضع على الاتّهاء العسليّ ضمن الغار أو على الوصل بين مخاطية الجسم والغار. تحدث القرحة العjective المزمنة عادة في القسم الأول من العضّج تماماً بعد الوصل المخاطي البوابي العjective. ويكون 50٪ منها على الجدار الأمامي. تترافق القرحات المعدية والعjective عند 10٪ من المرضى وتوجد أكثر من قرحة حمضية واحدة عند 10-15٪ من المرضى. تنتد القرحة المزمنة لأسفل الطبقة العضلية المخاطية وتسيّجها تظاهر أربع طبقات: حطام سطحي وارتشاح بالعدلات ونسج حبيبي وكولاجن.

C. المظاهر السريرية:

الداء القرحي الهضمي هو حالة مزمنة مع تاريخ طبيعي من التكّس والهجوع المقوّين يستمر لعقود إن لم يكن طوال الحياة. رغم أنها أمراض مختلفة إلا أن القرحات المعدية والعjective تشارك في آثارها شائعة والتي مستخدمة بالاعتبار معاً.

الظاهر الأكثر شيوعا هو الألم البطني المتعدد والذي يملك ثلاث سمات يمكن ملاحظتها: توضعه في الشرسوف وعلاقته مع الطعام وحدوثه التوبي.

يحدث الإقياء العارض عند حوالي 40% من الأشخاص المرضيين. الإقياء المستمر الذي يحدث يومياً يوحى بانسداد مخرج المعدة. عند ثلث المرضى تكون القصبة أهل تعويضاً. وهذا صحيح خصوصاً عند المسنين المعالجين بمضادات الالتهاب اللاستيرويدية. عند هؤلاء المرضى فإن الألم قد يكون غالباً أو خفيفاً جداً والذي يصادف فقط كإحساس منهم بالانزعاج الشرسوي. أحياناً تكون الأعراض فقط قهماً وشتاناً أو الإحساس بتخمة مفرطة بعد الوجبة. عند بعض المرضى تكون القرحة (صامتة) بشكل كامل وتتطلب للمرة الأولى بضرر دم بسبب فقد الدم المزمن غير المكتشف أو إقياء نموي مقاجن أو كائثاب حاد. عند آخرين يوجد نزف حاد متكرر وبدون الم فرجي بين الهجمات. يجب أن يلاحظ بأن القيمة التشخيصية للأعراض التشخيصية للأعراض التشخيصية بالنسبة للداء القرحي الهضمي تكون ضئيلة والقصة تكون غالباً مشرعاً ضعيفاً لوجود فرحة.

D. الاستقصاءات:

يمكن أن يتم التشخيص بالفحص بوجبة الباريوم ثانية التباين أو بالتنظير الباطني. التنظير الباطني استثناء ملخص لأنه أكثر دقة ويمثل أفضلية كبيرة بحيث أن الآفات المشتبه وحالة الملتوية البوابية يمكن أن تقييم بالخزعة. بالنسبة لأولئك الذين لديهم فرحة عفجية مشاهدة بوجبة الباريوم فإن فحص بوريا النفس سيحدد بدقة وضع الملتوية البوابية، بشكل شادر فإن القرحة المعدية قد تكون خبيئة لذلك فإن التنظير الباطني والخزعة أساسيان عندما تكشف القرحة المعدية على فحص الباريوم. علاوة على ذلك فإن التنظير الباطني في الداء القرحي المعدى يجب أن يعاد بعد علاج مناسب لإثبات أن القرحة قد شفيت وللحصول على خزعات إضافية إذا لم تكن قد شفيت، وبالعكس فإنه من غير الضروري إعادة التنظير الباطني بعد معالجة الفرجات العفجية.

E. التشخيص:

إن أهداف التدبير هو تخفيف الأعراض وتحريض شفاء القرحة في مدة قصيرة ومداواة القرحة في مدة طويلة. استعمال الملتوية البوابية هو حجر الأساس لمعالجة القرحات الهضمية كما أنه سيعتبر التكمين بنجاح وبخلصنا من الحاجة إلى العلاج طويل الأمد عند غالبية المرضى.

F. استعمال الملتوية البوابية:

كل مرضى داء القرحة العفجية الثابتة الحادة أو المزمنة وممرض القرحة المعدية ليجاري الملتوية البوابية يجب أن يتلقوا علاجاً استنسابياً للملتوية البوابية كعلاج أولي. المعالجة مبنية على مثبت مضخنة برونون يأخذ بالتزامن مع مضادين حيوبيين (من الأموكسيسيلين والكلاراسيترومايسين والمترونيدازول) لسبعة أيام. المطاوعة والتآثيرات الجانية والمقاومة للمترونيدازول تؤثر على نجاح العلاج (انظر الجدول 30).



الجدول 30: النتائج الجانبية الشائعة لعلاج استئصال الملتوية البوابية.

* الإسهال:

30-50% من المرضى، عادة خفيف لكن التهاب الكبد المترافق بالملتهبة الصعبية يمكن أن يهدى.

* المترونيدازول:

المعلم المعدني (شائع)، احتلال الأعصاب التحفيظية (نادر)، التوهُّ و والإقياء، عندما يؤخذ مع الكحول.

* الغثيان والإقياء:

* المغص البطيء:

* المداع:

* الطفح:



الجدول 31: استطبابات استئصال الملتوية البوابية.

محددة (معينة):

* الالتوما:

* القرحة الهرمنية:

* غير مستحبة:

* داء الجزر المعدى التريش.

* اللاصرمية:

* غير مؤكدة:

* الاستخدام طويل الأمد لخسارات الالتهاب اللاستيرويدية.

* القصبة المائية للسرطان المعدى.

* غير المؤمن للأفراد.

يجب أن يقدم خط العلاج الثاني لأولئك الذين يبقون مخموجين بعد العلاج البدائي حالما يتم تحديد أسباب مثل خط العلاج الأول (مثل: المطاوعة). بالنسبة لأولئك الذين لا يزالون مستعمرین بالملتهبة البوابية بعد معالجتين فإن الاختيار يقع بين محاولة ثالثة بعلاج رباعي (بيزموت ومتبيط مضخنة بروتون وصادين) أو علاج صيانتي طويل الأمد بمثبط للحمض.

الاستطبابات الأخرى لاستئصال الملتوية البوابية تظهر في (الجدول 31).

2. الإجراءات العامة:

يجب تجنب تدخين السجائر والأسميرين ومضادات الالتهاب اللاستيرويدية، شرب الكحول باعتدال غير مضر ولا يوصى بحمية خاصة.

EBM

استئصال الملتوية البوابية – أنظمة الصادات:

تظهر تجارب عشوائية أن خط العلاج الأول يجب أن يشمل متبيط مضخنة بروتون بالجرعة القياسية (كل 12 ساعة) وكلاريثرومایسین 500 ملغم كل 12 ساعة وأموکسیسللين 1 غرام كل 12 ساعة أو مترونيدازول 400 ملغم كل 12 ساعة لسبعة أيام، الخط الثاني للعلاج المؤمن به في حالة الفشل هو متبيط مضخنة البروتون بالجرعة القياسية (كل 12 ساعة) وبيزموت 120 ملغم (كل 6 ساعات) ومترونيدازول 400 ملغم كل 12 ساعة وتتراسيكلين 500 ملغم كل 6 ساعات لسبعة أيام.



الجدول 32 الأدوية المستخدمة بشكل شائع في الترددات الهضمية وفي اضطرابات نسق الهضم الحمضية الأخرى.

الأنواع	مضادات H ₂	الأدوية التي ترتبط إفراز المucus	التأثيرات الجانبية	الصياغة	المعالجة القصيرة الأمد
المفعول					
السيميتدين	أوميبروازول	هرطخة خاسترين الدم، إسهال، التداخل مع الوارفارين والفينيتون.	400 ملخ كل 12 ساعة أو 800 ملخ ليلاً.	400 ملخ كل 12 ساعة	400 ملخ ليلاً.
الرانيددين	لانتوبروازول	النخليط.	150 ملخ كل 12 ساعة أو 300 ملخ ليلاً.	150 ملخ كل 12 ساعة	أو 300 ملخ ليلاً.
مثبطات ATPase H⁺/K⁺ (مثبطات مضخة البروتون)					
بروسبيروم	بروسبيروم	هرطخة خاسترين الدم، إسهال، التداخلات مع الوارفارين والفينيتون.	20 ملخ مرأة يومياً.	20 ملخ كل 6 ساعات.	20 ملخ مرأة يومياً.
بروسبيروم	بروسبيروم	هرطخة خاسترين الدم، تداخلات دوائية أقل، صداع، إسهال طفيف.	15 ملخ مرأة يومياً.	لا يوصى بها.	لا يوصى بها.
بروسبيروم	بروسبيروم	هرطخة خاسترين الدم، تداخلات دوائية أقل، صداع، إسهال طفيف.	40 ملخ مرأة يومياً.	لا يوصى بها.	لا يوصى بها.
بروسبيروم	بروسبيروم	هرطخة خاسترين الدم، تداخلات دوائية أقل، صداع، إسهال طفيف.	20 ملخ مرأة يومياً.	لا يوصى بها.	لا يوصى بها.
الأدوية التي تعزز الدفاع المخاطي والعوامل المنشطة للحركة:					
البريزموم	بريزموم	يسود اللسان والأستان والبراز.	125 ملخ كل 6 ساعات.	لا يوصى بها.	بريزموم
الغرواني	غرواني	التسمم بالبريزموم مع الاستعمال الطويل (نادر).	لا يوصى بها.	لا يوصى بها.	غرواني
ميروبروستول	ميروبروستول	محظوظ، مضاد لاستطباب عند النساء، يعسر الإنجاب، الإسهال عند 20٪.	200 مكغ كل 6 ساعات.	لا يوصى بها.	ميروبروستول
سوكرفات	سوكرفات	قد يزيد وينقص امتصاص الديجوكسين والوارفارين والتراسكلين والفينيتون، ملمس، إسهال، تآثرات خارج هرمونية.	2 ملخ كل 12 ساعة.	لا يوصى بها.	سوكرفات
دوبربرودون	دوبربرودون	هرطخة برولاكتين الدم وعسر المقوية الحادة.	20-10 ملخ كل 8 ساعات.	لا يوصى بها.	دوبربرودون

3. التدبير قصير الأمد:

أدوية عديدة مختلطة متوفرة من أجل التدبير قصير الأمد للأعراض الهضمية الحمضية (انظر الجدول 32).

مضادات الحموضة: وهي متوفرة بشكل واسع من أجل النااري الذائي وتستخدم لخفيف أعراض عسر الهضم الحليفي. يتركز معظمها على مشاركات أصلاح الكالسيوم والألمنيوم والمغنيزيوم. ويمتلك كل منها تآثرات جانبية خاصة بها، حيث تسبب مركبات الكالسيوم الإمساك بينما تسبب العوامل الحاوية على المغنيزيوم الإسهال. مركبات الألمنيوم تحصر امتصاص الديجوكسين والتراسكلين وفوسفات الغذاء. معظمها ذو محتوى سوديوم مرتفع ويمكن أن تفاقم قصور القلب الاحتقاني.

مضادات المستقبلات H2 الهيستامينية: وهي مثبطات تناضية للهستامين على مستقبل H₂ على الخلية الجدارية. أعراض عسر الهضم تخف فورياً وعادةً لا تغدون أيام من بدء المعالجة. وإن 80٪ من الترددات العرضية

ستشفى بعد 4 أسابيع. هذه الأدوية لا ترتبط إفراز الحمض للقسم الدرجة مثل مثبطات مضخة البروتون ولكنها مفيدة من أجل التثبيّر قصير الأمد لأعراض عسر الهضم الحمضي قبل الاستئصال. وهي فعالة بشكل متعدّل في تقويم داء الجزر. تملك سجلاً أمراً ممثّلاً والعديد منها يمكن الآن شراؤه في المملكة المتحدة بدون وصفة.

Mثبطات H⁺/K⁺AT Pase (مثبطات مضخة البروتون). وهي مركبات Benzimidazole البديلة والتي ترتبط بشكل نوعي وغير عكوس مضخة البروتون (هيبروجين/بوتاسيوم أتباز)即 غشاء الخلية الجدارية. هي مثبطات الإفراز المعدني الأقوى المكتشّفة حتى الآن مع تثبيط أعظمي يحدث بعد 3-6 ساعات من الجرعة الفموية. وهي تملك سمات أمينة ممتازة. بعد بضع أيام من المعالجة فإنه يتحقق فقد فعلي لحمض الهيدروكلوريك ويترافق ذلك شفاء سريع لكل من القرحات المعدنية والمعوية. الأوميسبرازول واللاتزوبيرازول هي مركبات مهمة في انتظام استعمال الملوثة البوابية. مثبطات مضخة البروتون أيضاً أكثر فعالية بكثير من مضادات H₂ في الشفاء، والصيانت بالنسبة لالتهاب المري الجذري.

مركبات المزمومات الفروائية: تحت سترات المزمومات الفروائية هي معلق تشاردي ل沐ش ملح المزمومات الفروائي. تملك تأثيراً حقيقياً أو لا تأثير لها على إفراز المعدة الحمضي ومن المحتمل أن يكون تأثيرها الشائلي للقرحة ناجم عن مشاركة الفعالية ضد الملوثة البوابية وتعزيز آليات دفاع المخاطية.

السوکرالفات: هو ملح النبيوم قاعدي لأوكنا سلفات السكروز يملك تأثيراً قليلاً على إفراز الحمض ولكن من المحتمل أن يعمل على حماية قاعدة القرحة من الفعالية الهمضية بعده طرق. إنه يربط عامل نمو مولدات الليف إلى قاعدة القرحة مقللاً من عبور البكتيريا والحمض. وهو قد يعزز تقلّب (تجدد) الخلايا الطهازية. يجب أن يأخذ قبل الوجبات بـ 30-60 دقيقة.

مثبّطات البروستاغلاندين الصناعية (ميزوبروستول): تقوم البروستاغلاندينات بتأثيرات معقدة على المخاطية المعوية. بالجرعات المنخفضة فإنها تقي من الآذية المحدثة بالأسمرين و NSAIDs بواسطة تعزيز الجريان الدموي المخاطي وعبر تثبيّه إفراز المخاط والبيكربونات وتثبيّه تكاثر الخلية الطهازية. بالجرعات العالية يتثبيط إفراز الحمض. الميزوبروستول فعال لوقاية وعلاج القرحات المحدثة بالـ NSAIDs ولكن في العمل السريري فإن مثبطات مضخة البروتون تكون مفضّلة بما أنها على الأقل فعالة منها وتحل محل تأثيرات جاتبية أقل.

4. معالجة العصيلة:

معالجة الصيانت المستمرة قد لا تكون ضرورية بعد استعمال الملوثة البوابية بنجاح. بالنسبة للقلة الذين يتطلّبون معالجة الصيانت فيجب أن تستخدم الجرعة الفعالة الأقل.

5. المعالجة الجراحية:

إن شفاء معظم القرحات الهمضية بالعلاج الاستئصالي للملوثة البوابية وتوفر أدوية مثبطة للحمض قوية وأمنة جعل الجراحة الانتظارية من أجل داء القرحة الهمضية حادة نادرة. الاستعطابات مدونة في (الجدول 33).

الجدول 33: استطبابات الجراحة في القرحة الهضمية.

الإسعافية:

- * الترتفع.

الانتخابية:

- * القرحة الناكسة التالية للجراحة المعدية.



العملية المنتجية بالتنمية للقرحة المعدية المزمنة غير الشافية هي استتصال المعدة الجزئي وبشكل مفضل مع مغارة بيروت I والتي تستحصل فيها القرحة والمنطقة الحاملة لها. السبب لهذا هو استبعاد السرطان المستبعد. الجراحة الخامسة، المضادة للحمض والتي تكون على شكل قطع المبهم والتصريف (تصنيع البواب أو المقاسرة المعدية المغوية) أو قطع المبهم ثالث الانقاضية لم تعد مستطيبة من أجل داء القرحة العفجية. في الحالة الإسعافية فإن الخياطة المتواصلة "Under-Running" للقرحة من أجل الترتفع أو الإصلاح بالرقعة "Oversewing" من أجل الانقضاض يكون كل ما هو مطلوب. في وجود فرحيات عفجية عرضة فإن قطع المعدة الجزئي باستخدام عملية إعادة البناء (ليوليا) أو بيروت II قد يكون مطلوباً.

6. اختلاطات الاستتصال المعدية أوقطع المبهم:

تحدث درجة معينة من الاختلاطات (المجز) عند 50% من المرضى بعد جراحة القرحة الهضمية. عند معظم المرضى تكون التأثيرات قليلة الأهمية ولكن في 10% من الحالات فإنها تفسد نوعية الحياة بشكل مهم.

الشبع الباكر والإقياء: الإفراط المعدني السريع يؤدي إلى انتفاخ الأمعاء الدقيقة القرنية حيث أن المحتويات مفرطة التوتر تسحب المسائل إلى اللمعة. وهذا يؤدي إلى عدم ارتياح بطني واسهال بعد الطعام. تحرر منعكسات الجملة المستقلة سلسلة من الهرمونات الهضمية والتي تؤدي إلى مظاهر وعالية حركية مثل التوهج والخفقات والتعرق وتسرع القلب وهبوط الضغط (الإغرار الباكر). لذلك يجب على المرضى أن يتجنّبوا الوجبات الكبيرة مع محتويات عالية من الكربوهيدرات.

التهاب المعدة الجزئي الصفراوي: يؤدي الجزر الصفراوي العجيبي المعدني إلى التهاب معدة مزمن. وهو عادة لا يعرضني ولكن قد تحدث التخمة. العلاج العرضي بمضادات الحموضة الحاوية على الأنتيموم أو بالمسكريفات قد يكون فعالاً. فئة من المرضى يحتاجون جراحة معدية مع إحداث غرفة (Roux-en-Y) لمنع الجزر الصفراوي إلى المعدة.

متلازمة الإغرار المتأخر: تحدث أعراض الإغرار بعد الأكل بـ 90-180 دقيقة. الإمراضية مشابهة بشكل واسع للإغرار الباكر ولكن يحدث فيه نقص سكر دم ارتكاسي وقد يسبب تخليطاً هناً. الإفراط المعدني للكربوهيدرات إلى انعكسي الدقيق الداني يتسبب في تحرير متعاطم للأنسولين مع نقص سكر دم ارتكاسي لاحق. هرمونات المعي الأخرى والبيبيتات المغوية قد تكون متورطة أيضاً. المعالجة مشابهة لمتلازمة الإغرار الباكر.

الإسهال وسوء الهضم: قد يتتطور الإسهال بعد أي عملية للقرحة الهضمية ويحدث عادة بعد الأكل بـ 2-4 ساعة. إن المزج السيني للطعام في المعدة مع الإفراط السريع والمزج غير الكلي مع المفرزات الصفراوية والبنكرياسية وتقصس زمن العبور المعي وفرط التمو الجرثومي قد يؤدي إلى سوء الامتصاص.

غالباً ما يستجيب الإسهال للتصحية الغذائية باكمل وجبات صافية وجافة مع مدخول منخفض من الكاربوهيدرات المكررة. الأدوية المعاونة للإسهال مثل كودشين فوسفات (15-30 ملجم 4-6 مرات يومياً) أو لوبيراميد (2 ملجم بعد كل تبرّز رخو) غالباً ما تكون مفيدة.

نقص الوزن: معظم المرضى ينتصرون وزنهم بعد الجراحة بفترة قصيرة وـ 30-40% منهم يكونون غير قادرین على استعادة كل الوزن المفقود. السبب المعتمد هو نقص الوارد بسبب صغر القسم المتبقی من المعدة ولكن الإسهال والإسهال الدهني الخفيف يساهمان في ذلك أيضاً.

فتر الدم: يكون فتر الدم شائعاً بعد قطع المعدة تحت التام بعده سنوات. على الرغم من أن عوز الحديد هو السبب الأكثر شيوعاً فإنه يشاهد أيضاً عوز حمض الفوليك و B₁₂. ويعتبر الوارد الغذائي غير الكلي من الحديد والقولات وتقصس إفراز الحمض والعامل الداخلي فقد الدم منخفض الدرجة المزمن الخفيف من القسم المعدى المتبقی والتقرح الناكس مسؤولاً عن ذلك.

داء العظام الاستقلابي: يحدث كل من تخلخل العظام وتدين العظام نتيجة لسوء امتصاص الكالسيوم وفينتين D.

السرطان المعدى: سجلت خطورة زائدة لسرطان المعدة من دراسات وبيانات عديدة. الخطورة هي الأعلى عند مرضى نقص حمض الهيدروكلوريك ومرضى جزر الصفراء العظمي المعدى والتدخين والإisan بالمتوية البوابية. على الرغم من أن الخطورة النسبية تكون زائدة إلا أن الخطورة المطلقة للسرطان تبقى منخفضة والمراقبة بالتطهير الباطئ غير مستطيلة بعد الجراحة المعدية.

E. اختلاطات داء القرحة الهضمية:

وهي الانتقام وانسداد مخرج المعدة والنزف.

عندما يحدث الانتقام الحر فإن محتويات المعدة تتسرّب إلى جوف البريتوان مؤدية إلى التهاب بريتوان. يحدث الانتقام بشكل أكثر شيوعاً في القرحات العضدية منه في القرحات المعدية وعادة في القرحات على الجدار الأمامي. حوالي الرابع من كل الانتقامات تحدث في القرحات العادمة ومضادات الالتهاب اللاستيرويدية غالباً ما تكون مترسبة.

المظاهر السريرية: غالباً ما يكون الانتقاب العلامة الأولى للفرحة وإن قصة الم شرسوية متعدد غير شائعة. أكثر عرض ملتف هو الألم المفاجئ والشديد والذي يتبع توزعه انتشار المحتويات المعديه على البريتوان. يتطور الألم مبدئياً في أعلى البطن ويصبح سريعاً معمماً، الم دروة الكتف يتجمد عن تحريك الحجاب الحاجز. يترافق الألم مع تنفس سطحي ناجم عن تحديد حركات الحجاب الحاجز وعن الصدمة. يبقى البطن غير متحرك وتوجد صلاة معممهة (تشبه اللوح).

تكون الأصوات المغوية غائبة وتتنفس الأسمية الكبدية بالفرج نتيجة وجود غاز تحت الحجاب الحاجز. بعد بضع ساعات قد تتحسن الأعراض على الرغم من أن الصلاة البطنية تقى، فيما بعد تسوء حالة المريض عندما يتطور التهاب البريتوان المعمم.

عند 50% من الحالات على الأقل فإن صورة المسر بالوقوف تظهر هواء حرأ تحت الحجاب الحاجز، إذا لم يظهر ذلك فإن بلعمة المادة الطليلة المتحركة بالملاء ستثبت تسرب المحتويات المعدية العفجية.

التبمير والإذنار: بعد الإنعاش يعالج الانتقاب العاد جراحياً إما بالإغلاق البسيط أو بتحويل الانتقاب إلى تصنيع بواب إذا كان كبيراً. في أحياناً نادرة فإن قطع المعدة الجرثمي لولياً يكون مطلوباً.

تreatment المتنوعة البوابية (إذا وجدت) بعد الجراحة ويتم تحجب NSAIDs. يحمل الانتقاب وقيات بنسبة 25٪. هذا الرقم المرتفع يعكس العمر المرتفع وجود أمراض مرافقة عند هؤلاء الأشخاص.

الانسداد مخرج المعدة، تظهر الأسباب في (الجدول 34). الأكثر شيوعاً هو الفرجة في نهاية البواب.

المظاهر السريرية: الغثيان والإقياء، والانتفاخ البطنى هي المظاهر الرئيسية لأنسداد مخرج المعدة. يتم تقييـل كميات كبيرة من المحتوى المعدي وقد يميز طعام أقل قبل 24 ساعة أو أكثر.

الفحص السريري يظهر بشكل دائم دليلاً على الهزاز والتتجفاف. قد تظهر علامات الخصخصة بعد 4 ساعات أو أكثر من آخر وجبة أو آخر شرب. التجمع المعدي المرئي مشخص لأنسداد مخرج المعدة.

الاستخدامات: فقد المحتويات المعدية يؤدي إلى تجفاف مع انخفاض كلور المصل وبوتاسيوم المصل وارتفاع تركيز البوتدة والبيكربونات في المصل. هذا يتسبب في تعزيز الامتصاص الكلوي للصوديوم بالتبادل مع الهايدروجين ومحامض بولي تناقضى. الرشف الأنفي المعدي لـ 200 مل على الأقل من السائل من المعدة بعد صيام طوال الليل يوحى بالتشخيص.

الجدول 34 التشخيص التفريقي والتreamer لأنسداد مخرج المعدة.

التبمير	السبب
التهديف الشفهي من فرجة عضجية كما في التضيق المواري.	و denne في الفرجة البوابية أو من الفرجة العفجية.
علاج دولي.	كارستونيا العار.
جراحة.	تضيق البواب الخصوصي عند البالغين.
جراحة.	الحجز المعدي.
استنساء، السبب الأدوية المنشطة للحركة.	

يجب أن يجري التقطير الباطني بعد إفراز المعدة باتباع أتفى معدى عريض النطر. التوسیع بالبالون للتضیقات الحميدة غير التقطیر الباطني قد يكون ممکنا عند بعض المرضى. في الحالات العصبية يكون المواب طیبیعاً والتنفس الباطني يمكن أن یمر بسهولة إلى المفع.

دراسات الباریوم تأدى ما ینصح بها لأنها عادة لا تستطيع ان تمیز بين القرحة الھضمية والسرطان. علاوة على ذلك فإن الباریوم یبقى في المعدة وتكون إزالته صعبة.

التدبیر: یجري المعنى الأتفى المعدى والإصلاح الوریدي للتھجاف. في الحالات الشديدة فإن 4 ليترات على الأقل من المحلول الملحي إسوی التوتر و80 ملي مول بوتاسيوم قد تكون ضرورية خلال الـ 24 ساعة الأولى. إصلاح القلاه الاستقلابي غير مطلوب. عند بعض المرضى فإن الأدوية المتخصصة لمحضنة البروتون تشفي القرحة وتخفف الوذمة البوابية وتتغلب على الحاجة للجراحة. عند آخرين يكون قطع المعدة الجزئي ضرورياً على الرغم من أنه أفضل ما یجري بعد فترة سبعة أيام من الرشف الأتفى المعدى والذي يمكن المعدة من العودة إلى حجمها الطبيعي. المقاييس المعدية المقوية هي عملية بديلة ولكن المرضى عندئذ سيفحتاجون إلى علاج طويل الأمد بمعضلة البروتون لمنع تقرح الفغر ما لم یجر قطع المهم ایضاً.

2. التزف:

النظر الصفحات (39-45).

فضایا عند المسنین:

داء القرحة الھضمية:

- * تملّك القرحات المعدية العصبية معدل حدوث ومعدل ثبور ووفيات أكبر بعدد اضعاف عند المسنين.
- * ينجم هذا عن الشيوع المرتفع للملقٹوية البوابية واستخدام NSAID وأليات الدھاء الخمسية.
- * كثيراً ما يكون الألم والتخمة غالباً أو لا نموذجيين لذلك يتطلور لدى المسنين اختلالات مثل التزف أو الانثاب بمعدل أكبر بكثير.
- * عندما يحدث التزف فإن المرضى المسنین يحتاجون تدبیراً مكثفاً أكثر (يشمل قياس الضغط الوریدي المركب) من المرضي الأصغر سناً لأنهم يتحملون صدمة نفس الحجم بشكل سين.

II. متلازمة زولنجر- إليسون : ZOLLINGER-ELLISON SYNDROME

وهي اضطراب نادر يتمیز بالثلاثي: تقرح هضمي شديد وفرط إفراز الحمض المعدى وورم الجزر الخلوية الابتها للبنكرياس (الغازستريونما). من المحتمل أنها تشكل حوالي 1-2% من كل حالات التقرح العفصى. تحدث المتلازمة عند كلا الجنسين وفي أي عمر على الرغم من أنها أكثر شيوعاً بين 30-50 سنة من العمر.

A. الفیزیولوجیا المرضیة:

يفرز الغاستريونما كميات كبيرة من الغاسترین والذى ينبعه الخلايا الجدارية في المعدة على إفراز الحمض لقدرها المقصوى ويزيد كثافة الخلية الجدارية ثلاثة إلى ستة أضعاف. لا يزيد البنٹاغاسترین معدل الإفراز أعلى

بكثير من القيم القاعدية لأن المعدة تكون في حالة إفراز أعظمى. قد يكون الصادر الحمضي كبيراً جداً بحيث يصل إلى الأمعاء الدقيقة الملعوية منحصراً PH النمجة إلى 2 أو أقل، يكون التباز البنكرياسي غير مفعول ومتربص بالمحوض الصفراوية، ينتج إسهالاً وإسهالاً ذهنياً.

B. الإلإمراضية:

تحدث حوالي 90% من الأورام في رأس البنكرياس أو الجدار العلجي الداني والموقع الأليهير يكون أكثر شيوعاً. تصفها على الأقل تكون متعددة وحجم الورم يمكن أن يختلف من 1 ملم حتى 20 سم، تقريباً إلى الثلثين تكون خبيثة ولكنها غالباً بطيئة النمو، من هؤلاء المرضى فإن 20-60% لديهم أيضاً غددomas لجارات الدرق والغدة النخامية (الأورام الغدية الصماء المتعددة MEN نعم).

C. المظاهر السريرية:

تكون القرحات الهضمية متعددة وشديدة ويمكن أن تحدث في مواقع غير معنادة من مثل الفرج بعد البصلة أو المساسم أو المري. توجد استجابة ردية للعلاج القرحة القياسي. التحسنة المرضية عادة قصيرة والتزف والانتقابات شائعة. قد تتطاير المتلازمة كقرح ناكس شديد يتلو العملية القياسية للقرحة الهضمية. يشاهد الإسهال عند 3/4 المرضى أو أكثر ويمكن أن يكون المظهر البارز. يجب أن يشك بالتشخيص عند كل مريض مع تقرح هضمي غير معناد أو شديد خصوصاً إذا ظهرت وجبة الباريوم طيات مخاطية معدية خشنة.

D. الاستقصاءات:

إن إفراز الحمض تحت الظروف القاعدية مع زيادة قليلة تالية للبنكرياسرين قد يثبت بالرشف المعدني. المستويات المصلية للفاسترين تكون مرتفعة بشكل حسيم (10-1000 ضعف)، حقن هرمون السيكرون بشكل طبيعي لا يسبب أي تبدل أو يسبب تقصيراً طفيفاً في تراكيز الفاسترين الجوال ولكن في متلازمة زولنجر إيسون يوجد زيادة مثيرة للتنافسية في الفاسترين. تعين موضع الورم أفضل ما ينجز بأي تقطير الباطني ويستخدم تحليط ومنمان مستقبل السوماتوستاتين الموسوم شعاعياً.

E. التدبير:

تقريباً 30% من الأورام الصغيرة والوحيدة يمكن أن يعن موضعها وتنساقها ولكن العديد من الأورام تكون متعددة البؤر. يتظاهر بعض المرضى بالداء التقيلي وتكون الجراحة غير ملائمة. مثبتات مضطبة البروتون تعمل استنساخ المعدة الخام غير ضروري وعند غالبية المرضى فإن العلاج المستمر بالأدوية يزيل يشفي القرحات ويخفف الإسهال. جرعات أكبر (60-80 ملغم يومياً) من تلك المستخدمة لعلاج القرحة العطجية تكون مطلوبة. مشابه السوماتوستاتين الصناعي (الأوكتربروتيد) والذي يعطى حقنا تحت الجلد، ينقض إفراز الفاسترين ويكون أحياناً ذو قيمة. البقية الكلية لخمس سنوات هي 60-75% ويجب أن يراقب كل المرضى من أجل التطور اللاحق للظهورات الأخرى لـ MEN1.

الاضطرابات الوقيلية

FUNCTIONAL DISORDERS

١. عسر الهضم اللاقرحي NON-ULCER DYSPEPSIA

وهذا يعرف بأنه عسر الهضم المزمن (الم أو عدم ارتياح أعلى البطن) بدون دليل على مرض عضوي بالاستقصاء (والذي يجب أن يشمل التقطير الباطني). الأعراض الأخرى المسجلة بشكل شائع تشمل الشبع الباكر والتخمة والنفحة والغثيان. سجلت مجموعات فرعية (شبيهة بالقرحة) و (من تحمل عسر الحركية) ولكن يوجد تداخل كبير فيما بينها وأيضاً مع متلازمة الأمعاء الهიروجية والتي قد تكون موجودة بشكل مترافق.

A. السببيات:

حالة عسر الهضم اللاقرحي من المحتمل أن تغطي شيئاً من الاضطرابات المخاطية والحركية والتفسية.

B. المظاهر السريرية:

يكون المرض شباباً عادة (> ٤٠ سنة) وتكون إصابة النساء (من حيث الشيوخ) ضعف إصابة الرجال. يتراافق الألم الباطني مع مجموعة متنوعة من أعراض عسر الهضم الأخرى والأكثر شيوعاً هي الغثيان والنفحة بعد الوجبات. تكون الأعراض المصباحية مميزة وقد يحدث الألم أو الغثيان عند الاستيقاظ. السؤال المباشر قد يظهر أعراض موحية بمتلازمة الأمعاء الهیروجية. يجب أن يؤخذ الداء القرحي الهضمي بالاعتبار بينما عند الأشخاص المسنين فإن الخبرة داخل البطن هي الهم الرئيسي.

ربما لا توجد علامات مشخصة باستثناء المرض غير الملائم بجس البطن. قد تبدو الأعراض غير متناسبة مع الحالة السريرية الحسنة ولا يوجد تقصس وزن. غالباً ما يبدو المرض قلقين ومذهولين ومن الممكن أحياناً أن تكشف أعراض نسبة.

يجب أن يؤخذ القصة الدوائية واحتمالية المرض الاكتئابي بالاعتبار. يجب أن يستبعد الحمل عند النساء الشابات قبل الخضوع للدراسات الشعاعية. سوء استعمال الكحول يجب أن يشك به عندما يكون الغثيان والتخيط في الصباح الباكر هما المسيطران.

C. الاستقصاءات:

تحوي القصة غالباً بالتشخيص ولكن عند المسنين فإن التقطير الباطني ضروري لاستبعاد المرض المخاطي. بينما المسح بالإيكو قد يكشف حصيات صفراوية والتي نادراً ما تكون المسؤولة عن أعراض عسر الهضم.

D. التدبير:

العناصر الأهم هي الشرح وإعادة التعليمانية. يجب أن تستكشف العوامل النفسية المحمولة، وفكرة الناشرات النفسية على الوظيفة المعاوية يجب أن تشرح. حمية الاستعداد الذاتي والحمية المقيدة ذاتفائدة ظليلة ولكن تحديد الدهن قد يساعد.

المعالجة الدوائية غير ناجحة بشكل خاص ولكنها تستحق التجربة، مضادات الحموضة مقيدة أحياناً. الأدوية المنشطة للحركة مثل الميتوكلوبراميد (10 ملخ كل 8 ساعات) أو الدوميميريدون (10-20 ملخ كل 8 ساعات) قد تعطى قبل الوجبات إذا كان الفثيان أو الإقياء أو النفخة هي السائدة. قد يحدث الميتوكلوبراميد تآثيرات جانبية خارج هرمونية تشمل عسر الحركة الأجل عند الشباب. مضادات المستقبلـ H₂ قد تجرب إذا كان الألم البلي أو اللذع هو المزعج. جرعة منخفضة من الأمتريبتلين تكون أحياناً ذات قيمة. يبقى دور استعمال الملتوية البوابية مثار جدل على الرغم من أن هذه (حتى 20%) قد يستفيدون.

الأعراض التي يمكن أن ترافق مع سبب شدة محدد (زوج أو طلاق وشيكين أو المساعديات المالية والوظيفية مثلًا) تزول بالمشورة الملائمة. بعض المرضى لديهم اضطرابات نفسية مزمنة كبيرة تتسبب في أعراض مستمرة أو متعددة وتحتاج إلى علاج سلوكي وعلاج نفس منهجي آخر.

II. الأسباب الوظيفية للإقياء :FUNCTIONAL CAUSES OF VOMITING

الإقياء النفسي قد يحدث في عصاب القلق، بينما عادة عند الاستيقاظ أو مباشرة بعد القهقح وفقط بشكل نادر يحدث أواخر النهار.

من المحتمل أن يكون هنا اضطراب ارتكاساً لمواجهة إزعاجات الحياة اليومية. عند الأطفال يمكن أن تكون ناجمة عن الخوف من المدرسة. قد يوجد تجشذل توحده أو إيقاء تفريزات معدية أو ملعام. على الرغم من أن الإقياء الوظيفي قد يحدث بشكل منتظم ملؤه هنرات طولية إلا أنه يوجد نقص وزن قليل أو لا يوجد نقص وزن. يحدث الإقياء الصباحي الباكر في الحمل وفيه سوء استعمال الكحول وفي الكتاب.

من الأساسي استبعاد الأسباب الأخرى الشائعة عند كل المرضى. الأدوية المهدئه ومضادات الإقياء (مثل ميتوكلوبراميد 10 ملخ كل 8 ساعات، دوميميريدون، 10 ملخ كل 8 ساعات، بروكلوروبرازين 5-10 ملخ كل 8 ساعات) تملك فقط مهمة ثانوية في التدبير، مضادات الاكتئاب بالجرعة الكاملة قد تكون فعالة.

TUMOURS OF THE STOMACH

أورام المعدة

I. السرطان المعددي :GASTRIC CARCINOMA

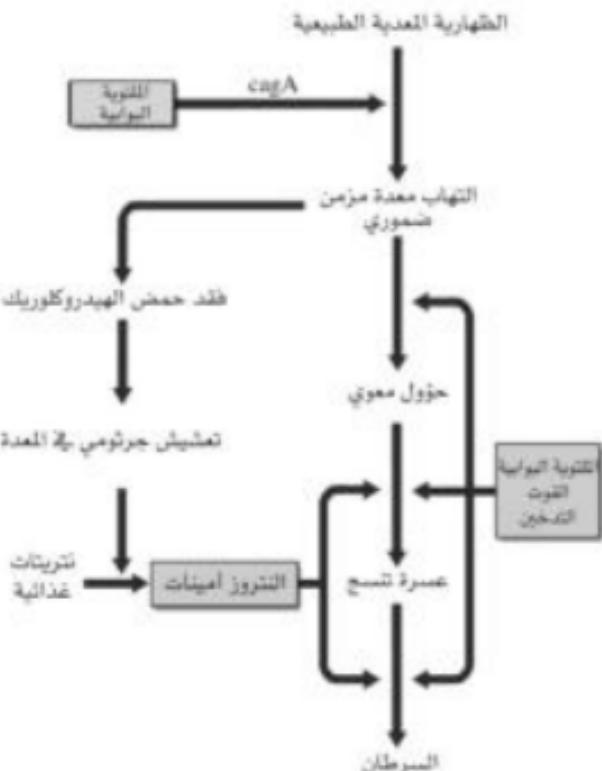
على الرغم من أن معدل حدوث السرطان المعددي في المملكة المتحدة انخفض بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة فإنه يبقى السبب الأول المؤدي للوفاة الناجمة عن السرطان عبر العالم. يوجد اختلاف جغرافي ملحوظ في معدل الحدوث، إنه شائع للغاية في الصين واليابان وأجزاء من أمريكا الجنوبية (معدل الوفيات 30-40 لكل مئة ألف) وأقل شيوعاً في المملكة المتحدة (12-13 وفاة من كل مئة ألف) وغير شائع في الولايات المتحدة الأمريكية. الدراسات على المهاجرين اليابانيين إلى الولايات المتحدة الأمريكية أظهرت معدل حدوث أقل بكثير عند الجيل الثاني من المهاجرين مثبتاً أهمية العوامل البيئية. السرطان المعددي أكثر شيوعاً عند الرجال ومعدل الحدوث يرتفع بشكل حاد بعد عمر 50 سنة.

A. المسببات:

تترافق الملوية البوابية مع التهاب المعدة المزمن الضموري ومع السرطان المعددي. (انظر الشكل 33). قد يكون خمج الملوية البوابية مسؤولاً عن 60-70% من الحالات وإن اكتساب الخمج في سن مبكرة قد يكون مهما. على الرغم من أن غالبية الأشخاص المصابين بالملوية البوابية لديهم إفراز حمض طبيعي أو زائد فإن القلة يصبحون ناقصي أو عديمي حمض الهيدروكلوريك ويعتقد أن هؤلاء الناس هم على الخطورة الأكبر، إن الالتهاب المزمن مع تواجد أصناف الأوكسجين الارتكاسي وتضوب حمض الأسكوربيك المضاد للأكسجة الواقف طبيعياً تكون مهمة أيضاً.

الأخذية الغنية بالملحات والأطعمة المدخنة أو المخلطة واستهلاك التتريرات أو التترات ترتبط مع خطورة سرطانية. مرکبات التتروز أمين المؤلفة للسرطان تتشكل من التترات بواسطة فعل الجراثيم المرجعة للتترير والتي تعيش في المعدة قادمة حمض الهيدروكلوريك. الوجبات ناقصة الفاكهة الطازجة والخضروات بالإضافة إلى فيتامين C و A قد تكون مساهمة أيضاً.

توجد عوامل خطورة أخرى مميزة تشمل التدخين والتناول المفرط للكحول وعدة عوامل أقل شيوعاً (انظر الجدول 35).



الشكل 33. نشوء السرطان المعددي، الآليّة المحتملة.

الجدول 35. العوامل المذهبة للسرطان المعدى.

<ul style="list-style-type: none"> • البولبيات المعدية الخدانية. • قطع المعدة الجزئي السابق (> 20 سنة). • داء منتربرير. • داء البولبيات الخدانية العائلى. 	<ul style="list-style-type: none"> • التدخين. • الكحول. • الملوثة البوابية. • القوت. • التهاب المعدة المزمن الذاتي (فقر الدم الوسيط).
--	--

لم يحدد شندوز موروثي سائد على الرغم من أن خطر السرطان يزداد من ضعف إلى ثلاثة أضعاف عند أفراد المرض من الدرجة الأولى وسجلت علاقة للحالة مع الزمرة الدموية A. وصفت أيضاً عائلات تأثرت مصاببة بالسرطان المعدى والتي تحدث فيها سرطانات معدية منتشرة بالارتباط مع طفرات في مورثة E-cadherin وهذه تكون موروثة بسمة جسمية مسيطرة.

B. الإمراضية:

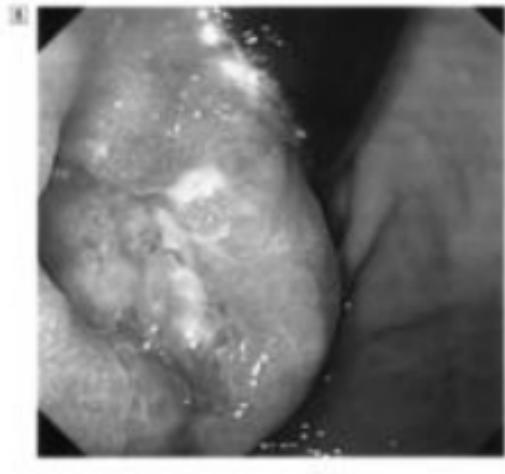
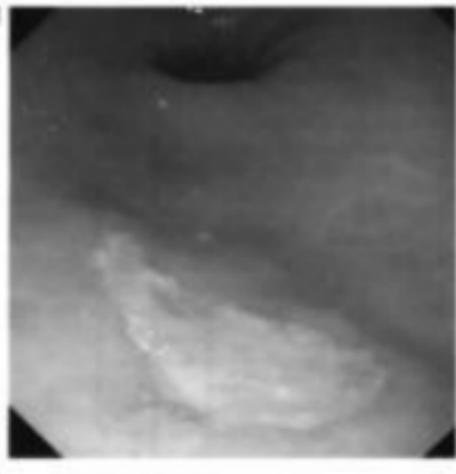
بالفعل تكون كل الأورام سرطانات غدية ناشئة من الخلايا المفرزة للمخاطة في قاعدة الخبايا المعدية. معظمها يتتطور على أرضية التهاب معدة مزمن هضمي مع حزول معيوي وعسرة تنفس. تكون السرطانات إما (معوية) تنشأ من مناطق حزول معيوي مع مظاهر تسببية تذكر بالظهارية المعوية أو تكون (منتشرة) تنشأ من المخاطية المعدية الطبيعية. السرطانات المعوية أكثر شيوعاً وتتشكل على أرضية آذية مخاطية مزمنة. السرطانات المنتشرة تعيل لأن تكون سبباً للنماذج وتحدد عند المرض الأصفر.

تحدد 50% من السرطانات المعدية في الغار و 20-30% تتوضع في جسم المعدة وبغالباً على الاتجاه الكبير. حوالي 20% تحدث في الفؤاد ونمط الورم هذا يسمى أكثر شيوعاً، الارتفاع تحت المخاطية المنتشر من قبل السرطان الصندي (تصلب المعدة) غير شائع. بالفحص العياني قد تصنف الأورام كقوليبية أو متقرحة أو فطرية أو منتشرة.

السرطان المعدى الباكير يعرف بأنه السرطان المقتصر على المخاطية أو تحت المخاطية بغض النظر عن إصابة العقد الليمفية (انظر الشكل 34) غالباً ما يميز في اليابان حيث يمارس المensus واسع الانتشار. أكثر من 80% من المرض في الغرب ينتظرون بسرطان معدة متقدم.

C. المظاهر السريرية:

السرطان المعدى الباكير عادة لا عرضي ولكن قد يكتشف أحياناً خلال التخطير الباطني من أجل استقصاء عمر الهرس. تنشأ مرض السرطانات المتقدمة لديهم نفس وزن و 50% لديهم ألم يشبه القرحة. يحدث الظمآن والغثيان عند الثالث بينما يكون الشبع الباكير والإفراط الدموي والتغوط الرفقي وعسر الهرس لوحدها مظاهر أقل شيوعاً. يحدث عسر البلع في أورام قؤاد المعدة والتي تسد الوصل المعدى التريتي. فقر الدم من النزف الخفي شائع أيضاً.



الشكل 34، السرطان المعدى. A: منظر التظير الباطئ للسرطان الماكم يظهر فتحة مخلفة متحركة. B: سرطان متقدم يشاهد كفرحة عميقية مع حواض مدور في الفؤاد.

قد لا يظهر الشخص أي شذوذ ولكن علامات نقص الوزن أو فقد الدم أو الكثافة الشرسوفية المحسوسة ليست نادرة.

البرقان أو الحمى قد تشير إلى الانتشار الانتهائي. أحياناً يحدث انتشار للورم إلى العقد اللمفية فوق الترقوة (علامة تروسيير Troisier) أو إلى المسرة (عقيدة Sister Joseph) أو إلىolibيوزن (ورم كرووكينبرغ)، الظاهرة نظيرية الورمية مثل الشوك الأسود والتهاب الوريد الخشري (علامة Troussseau) والتهاب الجلد والعضلات تحدث بشكل نادر. تحدث النقالات بالشكل الأكثر شيوعاً في الكبد والرئتين والمرارة ونقى العظم.

D. التشخيص وتحديد المرحلة:

لا توجد واسمات مخبرية ذات دقة كافية من أجل تشخيص السرطان المعدى. التظير الهضمي العلوي هو الاستئناس المختسب ويجب أن يجريه فوراً عند أي مريض عمره خمسين عاماً مع مظاهره منذرة. الخزعات المتعددة من حواض وقاعدة الفتحة تكون مطلوبة والفحص الخلوي للمسحات بالفرشاة (تؤخذ بشكل تقشيري) تحسن من النتيجة التشخيصية. وجبة الباريوم هي مقاربة بديلة ولكن أي شذوذ يجب أن يتبع بالتوظير الباطئ لأخذ خزعة. حالما يتم التشخيص فإن التصوير الإشعاعي يكون ضرورياً لتحديد المرحلة الدقيقة وتقييم القابلية للالاستئصال. الـ CT قد لا يظهر بوضوح العقد اللمفية الصغيرة المصابة ولكن سيظهر الدليل على الانتشار داخل البطن أو النقال.

الكبديـةـ حتىـ معـ هـذـهـ التـقـنيـاتـ فإنـ تـطـيـرـ الـبـطـنـ مـطلـوبـ لـكـشـفـ فيماـ إـذـاـ كانـ الـوـرـمـ قـابـلاـ لـلـاستـصـالـ حيثـ انهـ الطـرـيقـةـ الوحـيـدةـ التيـ سـتـكـشـفـ الـاـنتـشـارـ الـبـرـيـتوـانـيـ.

E. التـدـبـيرـ

١ـ الجـراـحةـ

الـاستـصـالـ يـقـدـمـ الـأـمـلـ الـوحـيـدـ لـلـشـفـاءـ وـالـذـيـ يـعـكـسـ أـنـ يـنـجـزـ عـنـدـ ٧٥ـ%ـ مـنـ مـرـضـيـ السـرـطـانـ المـعـدـيـ الـبـاكـرـ.ـ بـالـنـسـبـةـ لـفـالـيـةـ الـمـرـضـ الـذـيـ لـدـيـهـمـ مـرـضـ مـنـقـدمـ مـوـضـعـاـ فـيـ إـنـ اـسـتـصـالـ الـمـعـدـةـ الـجـزـيـ وـالـتـامـ مـعـ اـسـتـصـالـ الـفـدـدـ الـلـفـعـيـ هـيـ الـعـمـلـيـةـ الـتـنـخـيـةـ مـعـ الـمـحـافظـةـ عـلـىـ الـطـحـالـ إـنـ أـمـكـنـ.ـ الـأـوـرـامـ الـقـرـيـةـ الـتـيـ شـتـمـلـ الـوـصـلـ الـوـرـيـشـ الـمـعـدـيـ تـنـطـلـبـ اـسـتـصـالـاـ مـرـاقـقـاـ لـلـمـرـيـ الـقـاسـيـ.ـ الـأـوـرـامـ الصـغـيـرـةـ الـمـوـضـعـةـ بـعـدـأـ يـعـكـسـ أـنـ تـدـبـيرـ يـقـطـعـ الـمـعـدـةـ الـجـزـيـ مـعـ قـطـعـ الـفـدـدـ الـلـفـعـيـ وـإـماـ بـلـبـرـوـتـ ١ـ أوـ إـعادـةـ الـبـنـاءـ لـ Roux-en-Yـ.

الـاستـصـالـ الـأـوـسـعـ لـلـعـقـدـ الـلـفـعـيـ قـدـ يـزـيدـ مـعـدـلاتـ الـبـقـيـاـ وـلـكـنـهاـ تـحـمـلـ مـرـاضـةـ أـكـبـرـ.ـ حـتـىـ بـالـنـسـبـةـ لـأـولـتـكـ الـذـيـنـ لـاـ يـمـكـنـ أـنـ يـشـفـواـ فـيـ إـنـ اـسـتـصـالـ الـمـلـفـقـ قـدـ يـجـرـىـ بـأـمـانـ مـعـ مـرـاضـةـ مـنـخـفـصـةـ وـقـدـ يـكـونـ ضـرـورـيـاـ عـنـدـمـ يـنـظـاـهـرـ الـمـرـضـ بـنـزـفـ اوـ بـاـسـدـادـ مـطـرـجـ الـمـعـدـةـ.ـ يـنـكـسـ بـيـنـ ٨٠ـ وـ ٨٥ـ%ـ مـنـ الـأـوـرـامـ خـصـوصـاـ إـذـاـ حدـثـ الـاـخـتـرـاقـ الـمـسـلـيـ عـلـىـ الرـغـمـ مـنـ إـزـالـةـ كـلـ الـأـوـرـامـ الـعـيـانـيـةـ بـالـمـشارـكـةـ مـعـ اـسـتـصـالـ الـفـدـدـ الـلـفـعـيـ سـيـحـقـقـ بـقـيـاـ لـخـصـمـيـنـ سـنـوـاتـ ٦٦٠ـ٥٠ـ.ـ الـعـلـاجـ الـكـيـمـاـوـيـ الـمـسـاعـدـ الـجـدـيـدـ (ـالـبـنـيـ عـلـىـ ٥ــ فـلـوـرـوـبـورـاـسـيلـ)ـ قـدـ يـحـسـنـ مـعـدـلاتـ الـبـقـيـاـ.ـ مـعـ أـنـ الـعـلـاجـ الشـعـاعـيـ عـقـبـ الـعـمـلـيـةـ لـاـ يـعـلـكـ أـيـةـ قـيـمةـ.

٢ـ الـأـوـرـامـ تـغـيـرـ الـقـابـلـةـ لـلـاستـصـالـ:

تـدـبـيرـ السـرـطـانـ الـتـقـدـمـ مـوـضـعـاـ وـغـيـرـ الـقـابـلـ لـلـعـمـلـ الـجـراـحـيـ يـكـونـ غـيـرـ مـرـضـ.ـ التـطـلـيفـ الـأـحـدـثـ لـلـأـعـراضـ يـعـكـسـ أـنـ يـنـجـزـ عـنـدـ بـعـضـ الـمـرـضـيـنـ بـالـعـلـاجـ الـكـيـمـاـوـيـ باـسـتـخدـامـ FAMـ (ـ٥ــ فـلـوـرـوـبـورـاـسـيلـ وـدـوـكـوـرـوـبـورـسـيلـ وـمـيـتـومـاـيـسـينـ Cـ)ـ أـوـ ECFـ (ـإـيـبيـ روـيـسـينـ وـسـيـسـ بـلـانـينـ وـ٥ــ فـلـوـرـوـبـورـاـسـيلـ).ـ اـجـتـثـاثـ النـسـجـ الـوـرـمـ بـالـلـيـزـ عـبـرـ التـنـظـيـرـ الـبـاطـنـيـ مـنـ أـجـلـ الـسـيـطـرـةـ عـلـىـ عـسـرـ الـبـلـعـ أوـ التـرـزـفـ الـمـتـرـدـ يـفـيـدـ بـعـضـ الـمـرـضـيـنـ.ـ سـرـطـانـاتـ الـفـؤـادـ هـدـ تـنـطـلـبـ توـسيـعـاـ بـالـتـنـظـيـرـ الـبـاطـنـيـ اوـ عـلـاجـاـ بـالـلـيـزـ اوـ إـخـالـ سـتـمـتـ مـعـدـنـيـ قـابـلـ لـلـتـعـدـدـ لـيـسـعـ بـالـبـلـعـ الـمـلـامـ.

F. الإنـداـرـ

بعـدـ أـنـ مـرـضـيـ السـرـطـانـ الـمـعـدـيـ الـبـاكـرـ إـنـ الـإـنـداـرـ الـكـلـيـ يـقـسـ سـيـئـاـ جـداـ بـسـبـبـ الـمـرـحلـةـ الـمـتـقدـمـةـ عـنـدـ التـظـاـهـرـ مـعـ أـقـلـ مـنـ ٣٠ـ%ـ يـبـقـيـونـ لـخـصـمـيـنـ سـنـوـاتـ.ـ ذـلـكـ الـأـمـلـ الـأـفـقـيـ مـنـ أـجـلـ تـعـسـيـنـ الـبـقـيـاـ يـكـنـ فيـ الـكـشـفـ الـأـكـبـرـ لـلـأـوـرـامـ يـاـ الـمـرـاحـلـ الـبـاكـرـةـ.ـ مـعـدـلـ الـحـدـوثـ الـمـتـخـفـصـ لـلـسـرـطـانـ الـمـعـدـيـ يـاـ الـعـدـيدـ مـنـ الـأـقـطـارـ الـقـرـيـةـ يـعـدـ الـمـسـحـ التـنـظـيـرـ الـبـاطـنـيـ وـاسـعـ الـاـنـتـشـارـ غـيـرـ عـلـيـ وـلـكـنـ الـمـراجـعـةـ الـمـلـحةـ وـاسـتـقـصـاءـ مـرـضـ عـسـرـ الـهـضـمـ حـدـيثـ الـبـدـءـ وـبـأـعـمـارـ أـكـبـرـ مـنـ ٥٥ـ اوـ أـوـلـتـكـ الـذـيـهـمـ عـلـامـاتـ مـنـذـرـةـ تـكـونـ أـسـاسـيـةـ.ـ إـذـاـ ثـبـتـ أـنـ التـرـافـقـ الـمـهمـ مـعـ

المتوية البوابية هو ترافق سببي فهذا يقدم احتمالية الوقاية من السرطان المعدى بالاستosomal واسع الانتشار للجمع.

II. اللمفوما المعدية

تشكل اللمفوما المعدية البذئية أقل من 5% من كل الحالات المعدية. تكون المعدة على كل حال الواقع الأكثر شيوعاً بالنسبة للمفوما لا يهدجك خارج العقدية و 60% من اللمفوما الهضمية البذئية تحدث في هذا الموقع. النسيج التمظلي لا يوجد في المعدة الطبيعية ولكن تتطور التكتلات المتفاورة في وجود خمج المتوية البوابية، في الواقع يرتبط خمج المتوية البوابية بشكل وثيق بتطور المفوما منخفضة الدرجة (المالتوما). قد تشفى المالتوما السطحية باستosomal المتوية البوابية.

الظاهر السريري مشابه للسرطان المعدى وبالتنظير الباطئي يبدو الورم كوبليب أو كتلية متقرحة. بينما يتألف العلاج البشري للمالتوما منخفضة الدرجة من استosomal المتوية البوابية والترابية الحصبية فإن المعلومات عالية الدرجة تعالج بمجموعة العلاج الكيميائي والجراحة وأو العلاج الشعاعي. يعتمد الإنتشار على المرحلة عند التشخيص. الظاهر النبطة ينذر أفضل هي المرض في المرحلة I أو II والأورام الصغيرة القابلة للاستosomal تلك المتراقة مع المفوما منخفضة الدرجة نسيجيها والعمur تحت 60 سنة.

III. أورام المعدة الأخرى

اكتشف أورام خلية المسدي الهضمية GIST أحياناً بالتنظير الهضمي العلوي، وهي سليمة وعادة لا عرضية ولكن قد تكون أحياناً مسؤولة عن عسرة الهضم ويمكن أيضاً أن تتقرح وتسبب نزفاً هضميّاً. تحدث مجموعة متنوعة من البولبيات: بولبيات هرمون التنسج وبولبيات الغدد الكيسية القاعدية شائعة وهي غير ذات شأن، البولبيات الدنائية نادرة وهي قد تكون ما قبل سرطانية ويجب أن تزال بالتنظير الباطئي.

أحياناً تشاهد أورام الكارسينوتيود المعدية في القاع والجسم عند مرضى فقر الدم الوريدي طويل الأمد. هذه الأورام السليمة تنشأ من الخلايا الشبيهة بالمحبة للكروم المغوية ECL أو من خلايا غدية صماء أخرى وغالباً ما تكون متعددة ونادراً ما تكون خازية. بخلاف أورام الكارسينوتيود الناشئة في مكان آخر من السبيل الهضمي فهي عادة لسلك سلوكاً حميداً وأفضل. على كل حال فإن أورام الكارسينوتيود الكبيرة (> 2 سم) قد تنتقل ويجب أن تزال. بشكل نادر فإن العقيدات الصغيرة للنسيج البكتيرياي الغدي ذي الإفراز الخارجي المنتبذ تكون موجودة. هذه (الأعراض البكتيرياية) قد يخططا بها على أساس أنها أورام معدية وهي لا تسبب أعراضًا عادة. يمكن التنظير الباطئي هو الاستئصال الأكثر فائدة.

أمراض الأمعاء الدقيقة

DISEASES OF THE SMALL INTESTINE

DISORDERS CAUSING MALABSORPTION

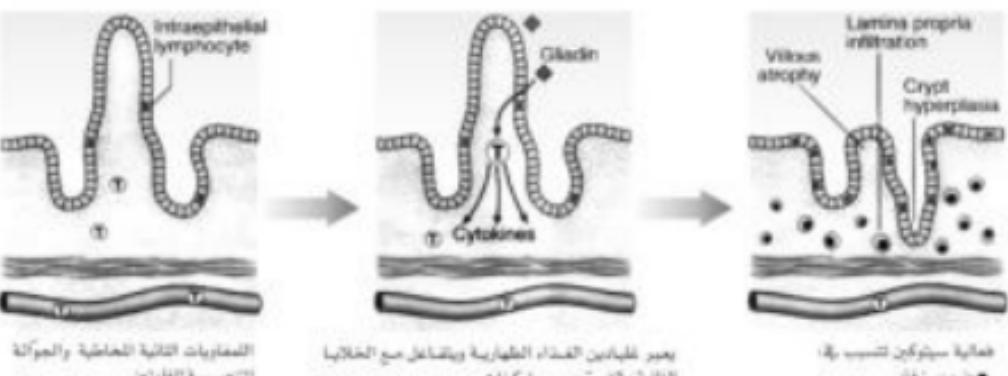
الاضطرابات المحددة لسوء الامتصاص

١. الداء الزلاقي : COELIAC DISEASE

الداء الزلاقي هو اضطراب التهابي متواضع مناعياً يصيب الأمعاء الدقيقة ويحدث عند الأشخاص المستعدين جينياً للإصابة. يسبب هذا الداء سوء امتصاص ومستجرب للحمية الخالية من الغلوتين. Gluten. تحدث هذه الحالة في أنحاء العالم ولكنها أكثر شيوعاً في شمال أوروبا. إن شيع المرض في المملكة المتحدة هو بين 1/1000 - 1/1500. على كل حال فإن تحسن الإدراك بالتنمية للظواهر غير التموجية وجود اختبارات معملية أفضل تقترح أن نسبة الشيع الحقيقية للمرض في شمال أوروبا قريبة من 1/300. تكون بعض الحالات غير مشخصة (حالات صامتة) ومن المحتمل أيضاً وجود حالات عديدة من الداء الزلاقي الكامن. هؤلاء الناس لا يعرضون ولهم المستعدين جينياً للإصابة من الممكن أن يتتطور لديهم الشكل السريري من الداء الزلاقي لاحقاً.

٢. الأمراضية :

إن الآية الدقيقة للأذية المحددة بالداء الزلاقي غير واضحة ولكن الاستجابات المناعية للغلوتين تلعب دوراً أساسياً (انظر إلى الشكل 35). كما أنه من المحتمل أن تقوم عوامل مجهولة غير محددة بدور المرض في حدوث



الشكل 35: الآية الأمراضية للداء الزلاقي.

التهاب الأمعاء الدقيقة مما يسمح لبكتيريات الغلوتين (غلابادين) بالوصول إلى أنزيم ترانس غلوتاميناز التنسجى (TTG) في الصفيحة الخاصة. يقوم TTG بتحوير الغلوتين وهذا يسمح بريبيطه إلى ثم رايطة للمستضد موجود في جزيئات المصنف الثاني من المقدار الرئيسي للتوافق التنسجى (MHC) على سطح الخلايا القدمة للمستضد (APC). وبدوره يتم الآن التعرف على بكتيريات الغلوتين المعدل من قبل الخلايا الثانية CD4+ على أساس أنه مستضد.

تشا استجابة TH1 نتيجة تحرير الميتوكوندريات الالتهابية (مثل: انترلوكين 1 و-α TNF و انترفيرون-γ). يُعرف TTG الآن كمستضد ذاتي للأضداد المضادة لغلاف الألياف العضلية (anti- endomysial antibodies).

B. المظاهر السريرية ومرافقاتها:

يُنْتَهِيُ الدَّاءُ الرِّلَاقِيُّ بِأَيِّ عُمُرٍ. يَكُونُ الطَّفُولَةُ يَحْدُثُ بَعْدَ القُطُولَمَ وَإِذْخَالِ الْحِبَوبِ وَيَنْتَهِيُّرُ غَالِبًاً بِمَظَاهِرِ كَلاسِيَكِيَّةٍ مِنْ إِسْهَالٍ وَسُوءِ الْمُتَصَاصِ وَقُشْلِ نَعْوٍ. يُمْكِنُ أَنْ يَرِيَ عَنْ الْأَطْفَالِ الْأَكْبَرِ سَيْنَاً بِمَظَاهِرِ غَيْرِ تَوْعِيَّةٍ مِثْلَ تَأْخِيرِ النَّعْوِ. غَالِبًاً مَا تَكُونُ مَظَاهِرُ سَوْءِ الْمُتَصَاصِ مُوجَودَةً بِالْفَحْصِ وَيُمْكِنُ أَنْ يَوْجِدَ اِنْتِقَاعَ بَطْلِيَّ حَقِيفِيَّ. يَكُونُ لَدِيِّ الْأَطْفَالِ الْمُصَابِينَ بِالْمَرْضِ فَشْلٌ فِي النَّعْوِ وَيَكُونُ لَدِيهِمْ تَأْخِيرٌ فِي كُلِّ مِنْ النَّعْوِ وَالْبَلُوغِ مَا يُؤْدِيُ إِلَى قَصْرِ قَامَةٍ فِي سنِ الْبَلُوغِ. عَنْ الْبَالِغِينَ تَكُونُ ذُرْوَةُ الْحَدِيثِ فِي الْعَدْدِ الْخَاتِمِ وَتَكُونُ اِسْبَابَةُ النَّسَاءِ أَكْثَرَ مِنِ الرِّجَالِ بِشَكْلٍ مُلْقِيفٍ. تَكُونُ التَّظَاهِرَاتُ مُتَوْعِةً بِشَكْلٍ كَبِيرٍ اِعْتِمَادًا عَلَى شَدَّةِ الإِصَابَةِ وَمَدِيِّ اِمْتِنَادِ إِصَابَةِ الْأَعْمَاءِ الدَّفِيقَةِ. يَكُونُ الْمَرْضُ بَعْضُ الْمَرْضَيْنِ يَكُونُ سَوْءِ الْمُتَصَاصِ وَاضْعَفُ بَيْنَمَا يَسْتَطُورُ لَدِيِّ آخَرِينَ أَعْرَاضٌ غَيْرِ تَوْعِيَّةٍ مِثْلُ التَّنْبِ وَنَقْصُ الْوَزْنِ وَفَقْرُ دَمٍ بِعُوزِ حَمْضِ الْفُولَكِ أَوْ بِعُوزِ الْحَدِيدِ. تَشَعَّلُ التَّظَاهِرَاتُ الْأُخْرَى الشَّاهِدَةُ فِي حَاجَاتِ فَهْوَيَّةٍ وَعَسْرِ هَضْمٍ وَنَفْخَةٍ.

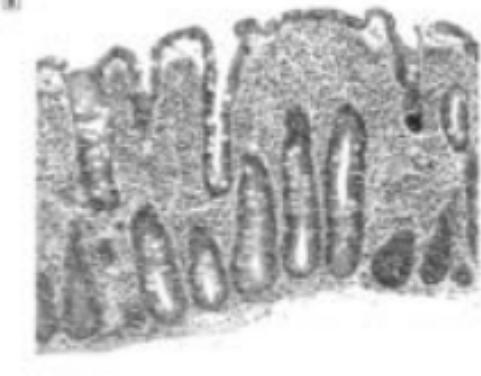
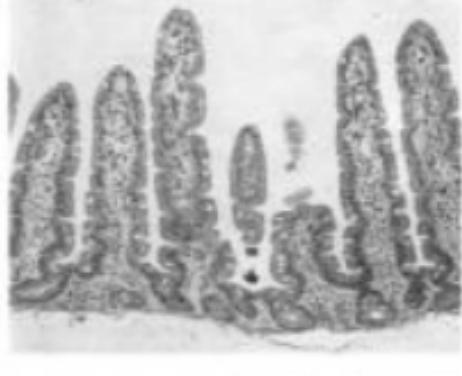
يتراافق الداء الزلاجي باضطرابات مناعية ذاتية أخرى مرتبطة بـ HLA (مستضد الخلايا البيضاء البشرية) ومع امراض أخرى معينة (انظر الجدول 36).

الجدول ٣٦: الأمراض المرضية للداء الزلاقي.

- النداء السكري المعتمد على الأنسولين (28%).
 - متلازمة داون.
 - تكثيف الخلايا التائية المراقبة للاحتلال المعمى.
 - متلازمة جوغرافيا البنش 3.
 - سرطانة الأمعاء الدقيقة.
 - السرطانة الشائكة للمربي.
 - عوز IgA (2%).
 - نقص الدم الوريل.
 - النداء المعمى الانتهائي.
 - فسورة بتكريبايس.
 - ساركوكينيد.
 - هرن عصلي وخيم.
 - اختلاطات محضية: احتلال دماغ، هرمون محظيسي.
 - اعتدال: اعتدال محبطية صدر.

الجدول 37: أسباب مهمة للضمور الزغابي تحت التام.

- داء الجيارديات.
- نقص غاما غلوبولين الدم.
- الإشعاع.
- داء ويل.
- متلازمة زوبلر - إيسون.
- الدهون الزلاقي.
- الفرب الاستوائي.
- التهاب الجلد حش الشكل.
- المفوما.
- اعتلال الأمعاء في الإيدز.



الشكل 36: مخاطية الصائم. A: طبيعي. B: الصائم بداء الزلاقي يمسي ضموراً زغابياً تحت تام وارتباطاً التهابياً واحتياجاً.

C. الاستقصادات:

تجرى هذه الاستقصادات لتأكيد التشخيص وللبحث عن نتائج سوء الامتصاص.

D. خزعة الصائم أو العضج:

تعد خزعة الأمعاء الدقيقة غير التقطير المعيار الذهبي. تكون المظاهر التسريحية مميزة عادة ولكن أيضاً يجب أن يؤخذ في الاعتبار الأسباب الأخرى للضمور الزغابي. (انظر الجدول 37 والشكل 36).

E. الأصداد:

إن الأصداد المضادة للغلياديين (خصوصاً IgA) والأصداد المضادة لغلاف الألياف العضلية تكون قابلة لكشف في معظم الحالات غير المعالجة. تكشف الأصداد IgA المضادة لغلاف الألياف العضلية بواسطة التأثير المناعي. هذه الطريقة غير كمية ولكنها أكثر حساسية (95-85%) ونوعية (تقريباً 99%) في التشخيص مما عدا في

حالة الرضيع صغيري العمر جداً. على كل حال يجب أن تعاير الأنسداد IgG عند المرضى الذين لديهم عوز مراقبة IgA. في المستقبل إن معايرات TTG يمكن أن تحل محل اختبارات دموية أخرى حيث تكون أسهل في الإنجاز ونصف كمية وأكثر دقة عند مرضى عوز IgA. تشكل هذه الفحوص الضدية اختباراً ماسحاً إذا قيامه عند مرضى الإسهال ولكنها لا تشكل بدليلاً عن خرعة الأمعاء الدقيقة وهذه الفحوص عادة ما تصبح سلبية بالعلاج الناجح.

3. الفحوص الدموية والكميالية الحيوية:

يمكن أن يظهر تعداد الدم الكامل فقر دم صغير الخلalia أو كبير الخلalia يسبب عوز الحديد أو حمض الفوليك كما يمكن أن يبدي مظاهر نقص نشاط المطحال (خلalia هذهبية وكريات حمر كروية واجسام هاول جولي). قد تشير الفحوص الكيميائية الحيوية إلى وجود تراكيز منخفضة من الكالسيوم أو المغنيزيوم أو البروتين الكلى أو الألبومين أو فيتامين D.

4. الاستقصادات الأخرى:

تكون هذه الاستقصادات عادة غير ضرورية. شعاعياً قد تظهر صور متتابعة الباريوم عرقي معاوية متوسعة وثنيات ضامرة وأحياناً تتدفق المادة الطليلة. تكون اختبارات السكر لتجربة التفودية المعاوية غير طبيعية وعادة توجد درجة معتدلة من سوء امتصاص الدسم. يجب أن يجري للمرضى الشخصيين حدثاً فياس فاعدي للكثافة العظمية بواسطة DEXA Scan ليبحث عن دليل على وجود مرض عظمي استقلابي.

D. التدبير:

تكمن الأهداف في تحسين العوز الموجود من الحديد والفولات والكالسيوم وفيتامين D والبيه بحمية خالية من الغلوتين طيلة العمر. ويستلزم ذلك انتباع القمح والجودار والمشير وميدتاً الشوفان على الرغم من أنه يمكن إعادة إدخال الشوفان بأمان عند معلم المرض. بعد كل من الرز والذرة والبطاطا مصادر مقبولة للكربوهيدرات المعقدة.

مبدئياً فإن تكرار الاستشارة الغذائية مطلوبة للتأكد من أن الحمية مراقبة حيث أن أكثر أسباب الفشل في التحسن على الحمية هو تناول الغلوتين بشكل عارض أو بشكل غير معين (أطعمة لا يعرف المريض أنها تحوي غلوتين). تعطن معيضات المعادن والفيتامين عندما يستطع ذلك ولكنها نادراً ما تكون مطلوبة عندما يتم الالتزام الصارم بالحمية الخالية من الغلوتين. إن الكراسي المنتجة من قبل الجمعيات التي تهتم بالداء الزلاجي هي العديد من البلدان تحتوي على مسحوقات عن الحمية وطريقة التحضير من أجل استخدام الطحين الخالي من الغلوتين وهذه الكراسي ذات أهمية كبيرة. إن المراقبة المتنقلة للأعراض الوزن والتغذية تعد من الأمور الأساسية. من المهم إلزام المرضى الذين حدثت لديهم استجابة سريرية ممتازة مع اختفاء الأنسداد التسادى لغلاف الألياف العضلية من الدوران إلى إعادة الخزمات الصائمية والتي يجب أن يتحقق باعادتها للمريض الذين لم يبدوا تحسيناً سريرياً أو أولئك الذين لا تزال لديهم إيجابية الأنسداد مستمرة. ومن النادر أن يكون المرضى معدين وبجاجة إلى علاج بالستيرويدات القشرية أو الأدوية المشبطة للمناعة لإحداث الهجوع. يجب أن تقييم المطاوعة

للحمية بعناية عند المرضى الذين يفضلون في الحصول على استجابة ولكن إذا كانت حميتها ملبوئة فإنه يجب البحث عن حالات أخرى كالقصور البكتيريسي أو التهاب الكولون المجهري أو البحث عن اختلاطات الداء الزلاقي كالتهاب الصائم القرحي أو المفروضاً الثانية المرافق للاحتلال المعوي.

E. الإنذار والاختلاطات:

توجد خطورة زائدة للخبالة خصوصاً تقوماً الخلايا الثانية المرافق للاحتلال المعوي وسرطانة الأمعاء الدقيقة والسرطانة الشائكة للمرمي. عدد قليل من المرضى يحدث لديهم التهاب صائم ودقيق قرحي يتميز بقرحات عميقية في الصائم مع سوء امتصاص، ومن الممكن أن يتبع بحدوث ترتفع حراري أو ألم أو انسداد أو انثقاب. من النادر أن يتم التشخيص بواسطة دراسات الباريوم أو التقطير المعوي وإن فتح البطن مع إجراء خزعة كاملة الخاتمة بعد ضروريأ. العلاج صعب وتستخدم المستبروتيدات بنجاح متقارن ويحتاج بعض المرضى إلى قطع جراحي وتنديبة ور indebية. غالباً ما يكون السير متوفياً دون هواة.

مرض العظم الاستقلابي شائع مع طول فترة المرض وعند المرضى الذين لديهم داء زلاقي مع سيطرة متغيرة على المرض وبعد مصدر معتبراً للإصابة. هذه الاختلاطات أقل شيوعاً عند المرضى الذين يتقيدون بشكل صارم بالحمية الخالية من الغلوتين.

II. التهاب الجلد حلقي الشكل : DERMATITIS HERPETIFORMIS

يتميز بوجود مجموعات من نفاطات حاكية بشدة على السطوح الباسطة للأطراف والظهر. يظهر الومضان التناعي توسيعات IgA بشكل خطى أو حبيبي على الوصل البشروى الأنفي. تقريباً كل المرضى لديهم منعور زغابي جزئي بخزعة الصائم. حتى وإن كانوا عادة لا يعانون من أمراض هضمية. وبال مقابل فإن أقل من 10٪ من مرضى الداء الزلاقي لديهم التهاب جلد حلقي الشكل على الرغم من أن كلاً الأطباء يترافقان مع نفس مجموعات مستحدث التوافق النسبي. يستحب الطفح عادة للحمية الخالية من الغلوتين ولكن يحتاج بعض المرضى إلى علاج بالدايسون 100-150 ملخ في اليوم.

III. الذرب الاستوائي : TROPICAL SPRUE

يعرف الذرب الاستوائي على أنه سوء امتصاص مزمن متوفى عند مرضى موجودين أو قدموه من المناطق الاستوائية متزافق مع اضطرابات في بنية ووظيفة الأمعاء الدقيقة.

A. السببيات:

يحدث المرض بشكل رئيسي في الهند الغربية وفي آسيا بما فيها الهند الجنوبية ومالزريا وأندونيسيا. التمثيل الوبائي والجاليات التي تحدث بين الفينة والأخرى تقترح تورط عامل إنتانى أو عوامل إنتانية. على الرغم من عدم عزل بكتيريا وحيدة فإنه غالباً ما تبدأ الحالة بعد مرض إسهالى حاد. كثيراً ما يشاهد فرط نمو جراثيم في الأمعاء الدقيقة بالإشتباه الكوليونية والانتيروباكتر والتكميسلا.

B. الإعراضية:

تشبه التبدلات كثيرةً تلك المشاهدة في الداء الزلاقي، الضمور الرغابي الجزائري أكثر شيوعاً من الضمور الرغابي تحت النام (subtotal).

C. المظاهر السريرية:

يوجد إسهال وانتفاخ بطن وفم وتعب وتنفس وزن. عند زوار المناطق الاستوائية فإن بدء إسهال شديد قد يكون مفاجئاً ومتزامناً بارتفاع حروري. عندما يصبح المرض مزمناً تصبح مظاهر فقر الدم الأزواني العرطل بسبب عوز حمض الفوليك وعوز المواد الأخرى هي المظاهر السيطرة. يمكن أن يحدث هجوم وتكس متكرر (أي هجوم ثم تكس ثم هجوم ثم تكس وهكذا). يمكن أن توجد وذمة والتهاب لسان والتهاب فم. عند السكان القاطنين في المناطق الاستوائية فإن السبب الانتهائي للإسهال يدخل في التشخيص التقريري، أما التشخيص التقريري لهم لدى زوار المناطق الاستوائية فهو داء الجيارديات.

D. العلاج:

تراسكلين 250 ملخ كل 6 ساعات لمدة 28 يوم بعد العلاج المختار (Drug of Choice) ويؤدي إلى هجوم طويل الأمد أو إلى شفاء. في معظم المرضى فإن إعطاء جرعات دولية من حمض الفوليك 5 ملخ يومياً تؤدي إلى تحسن في الأعراض ونهاية مورفولوجية الصائم، في بعض الحالات يجب أن يكون العلاج مطولاً قبل حدوث تحسن وأحياناً يجب على المرضى مغادرة المناطق الاستوائية.

IV. فرط النمو الجرثومي في الأمعاء الدقيقة (متلازمة العروة العميماء):**SMALL BOWEL BACTERIAL OVERGROWTH (BLIND LOOP SYNDROME):**

يعتني العرق والصائم في الحالة الطبيعية على أقل من 10^3 مل من البكتيريات التي تأتي عادة من الطعام وإن تعدد الأشكال الكولونية من البكتيريات لا يتجاوز أبداً 10^3 مل. في فرط النمو الجرثومي يمكن أن يوجد 10^{10} مل من البكتيريات وهي عبارة عن جراثيم توجد بشكل طبيعي فقط في الكولون. إن الاضطرابات التي تضعف الآليات الفيزيولوجية الطبيعية للمريض على التكاثر الجرثومي في الأمعاء تؤدي لفرط النمو الجرثومي (انظر الجدول 38). الأكثر أهمية من بين هذه الاضطرابات هو فقد الحموضة العدية وضعف حرارة الأمعاء والاضطرابات التنفسية التي تسمح للجراثيم الكولونية بالعبور إلى الأمعاء الدقيقة أو تومن للجراثيم ملاراً بعيداً عن تيار الحركات الحوية.

E. المظاهر السريرية:

يظهر المرض بإسهال مائي وأسهال دهني مع فقر دم بعوز فيتامين B₁₂ ويعود ذلك بسبب نزع اقتaran المحمون الصفيرونية والذي يضعف تشكل المذيلات Micelle وبسبب استخدام البكتيريا لفيتامين B₁₂. كما يمكن أن توجد أيضاً أعراض السبب المعي الأساسي.

الجدول 38: اسباب فرط النمو الجرثومي في الامعاء الدقيقة.

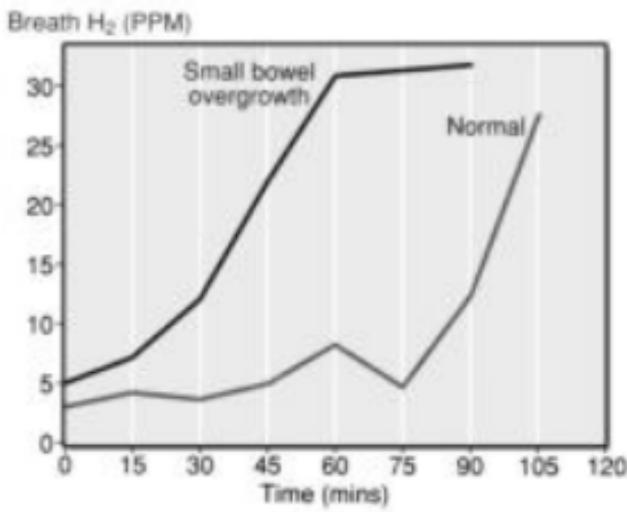
اعلية	الاعلة
فقر الدم الوريل. استنسال المعدة الجزئي. العلاج طويل الأجل بمعثبات مضحلة البروتون.	فقد حمض الهيدروكلوريك.
صلابة الجلد. اعتلال الأعصاب الذائية السكري. الانسداد المقوى الكاذب المزمن.	ضعف حرکية الامعاء.
جراحة معدية (عروة عصبية بعد عملية بيروت II). داء الرشوج الصائمية. التواسير المغوية الكوليستيرية (مثال: داء كرون). استنسال الامعاء الدقيقة الشديد. التدبيقات (مثال: داء كرون). نقصن غاما غلوبولين الدم.	اضطرابات بنوية.
	ضعف الوظيفة المخاغية.

B. الاستقصادات:

يكون تركيز فيتامين B12 منخفضاً بينما تكون مستويات حمض الفوليك طبيعية أو مرتفعة بسبب الإنتاج الجرثومي لحمض الفوليك، إن دراسة متتابعة الباريوم أو براحتة الأمعاء الدقيقة يمكن أن تشير إلى وجود عروة عصبية أو توسيع. تستبعد خزعات الفرج عبر التطهير وجود مرض في المخاطية مثل الداء الزلاقي، تؤخذ خلال التطهير رشافة من محتويات الصالم وذلك لفحص الجرثومي، يتطلب التحليل المخبري تقنيات زراعة على أوساط هولانية ولاهوائية، غالباً ما يتم التشخيص بطريقة غير ملائمة باستخدام اختبار هيدروجين الغلوكوز في النفس أو استخدام اختبار حمض غالبيوكوليوك الموسوم بالكربون المشع ^{14}C في النفس، في هذه الاختبارات تعابر عينة النفس بشكل متزايد بعدتناول القمحي لمدة الاختبار، تسبب البكتيريا الموجبة في الأمعاء الدقيقة ارتفاعاً ساكراً في هيدروجين النفس الناجم عن الغلوكوز (انظر الشكل 37) أو ^{14}C الناجم عن غالبيوكولات - ^{14}C .

C. التدبير:

يجب أن يتم التوجّه لعلاج السبب المؤدي لحدوث فرط النمو الجرثومي في الأمعاء الدقيقة، إن إعطاء تتراسكلين 250 ملخ كل 6 ساعات لمدة 7 أيام هو العلاج المنتهي على الرغم من أن 50% من المرضى لا يستجيبون بشكل ملائم، بعد كل من المترونيدازول 400 ملخ كل 8 ساعات أو السيبروفلوكساسين 250 ملخ كل 12 ساعة كبدائل، يحتاج بعض المرضى إلى 4 أسابيع من العلاج وبما عدد قليل منهم فإن استمرار إعطاء أشواط متزايدة من الصادات يكون ضرورياً، إن تعويض فيتامين B12 مفضلياً يحتاج له في الحالات المزمنة.



الشكل 37، الارتفاع الباكري في هيدروجين النفس في فرط النمو الجرثومي للأمعاء الدقيقة. تحلى عينات النفس بعد تناول الفلوكوز. تحرر الجراثيم الهيدروجين في الأمعاء الدقيقة عندما يتم هضم الفلوكوز.

D. بعض الأسباب النوعية لفرط النمو الجرثومي (انظر الجدول 38).

1. رتجو العصائر

تشهد أحياناً عند بعض المرضى ذوي الأعمار الأكبر من 50 سنة وذلك بدراسة متابعة الباريوم، تكون الرتوج عادة لا عرضية ولكنها تذهب لفرط النمو الجرثومي وسوء الامتصاص وبشكل نادر يمكن أن تسبب لاحقاً نزفاً هضميّاً حاداً أو مزمناً أو انسداداً أو انتفاهاً.

2. الإسهال السكري

ينجم هذا الإسهال عن اعتلال الأعصاب الذاتية السكري والتي يتخلل من حرکة الأمعاء الدقيقة ويؤثر على إفراز الخلايا الملعوية. عند بعض المرضى السكريين فإن القصور البنكرياسي المرافق أو الداء الزلاقي قد يكون هو المسؤول عن حدوث الإسهال. يكون الإسهال مائيّاً ويمكن أن يكون مستمراً أو متقطعاً ينوب من الإمساك غالباً ما يسوء، ليلاً وكثيراً ما يترافق بعدم استهلاك برازي ويعود الممكن أن يكون معلناً على الأدوية المساعدة للإسهال، يمكن أن يكون العلاج بالمسادات مفيداً لكن عادة تحتاج للأدوية المساعدة للإسهال (دائي فينوكتسيلات 5 ملخ كل 8 ساعات قهوة أو لوبيراميد 2 ملخ كل 6-4 ساعات قهوة) أو الأفيونات. من الممكن أن يكون الكلوينيدين (منبه مستقبلات G الأدرينergic) 50-100 ميكروغرام كل 8 ساعات أو الأوكتريوتيد (مشابه للسمواتوستاتين) مفيدة عند بعض المرضى.

3. الصلابة الجهازية المترافقية (صلابة الجلد)

ويفيها تكون الطبقات العضلية المعاوية الطولانية والعرضية متميزة وتكون الحركة غير طبيعية ويكون سوء الامتصاص الناتج عن هرطع التصو الجرثومي شائعاً. أيضاً يمكن أن يكون لدى المريض مظاهر الاسداد المعاوي الكاذب المزمن.

4. نقص غاما لغلوبيولين الدهني

يتميز هذا الانضطراب النادر بانخفاض واضح أو غياب IgA و IgM في البلازما والمفرزات الصائمية. يكون الإسهال المزمن وسوء الامتصاص والإنتانات التفصية شائعة. يكون الإسهال ناجماً عن هرطع التصو الجرثومي والإنتانات الهمضية المتكررة (خصوصاً الجيارديات). يتم التشخيص بقياس الغلوبيولينات القناعية المصلية وبواسطة الخزعة المعاوية والتي تبدي انخفاضاً في عدد الخلايا البلازمية أو غيابها وعقيدات من أنسجة المفاوية (هرطع تنسج لفابوي عقدي). يكون لدى بعض المرضى المظاهر التسريحية للداء الزلافي، يتضمن العلاج السبطري على الجيارديا وعند الضرورة تعويضاً منتحماً للفلوبيولينات القناعية عن طريق الحقن.

5. داء ويبيل : Whipple's Disease

يتميز هذه الحالة النادرة بارتجاج مخاطية الأمعاء الدقيقة بالباليات الرغوية والتي تكون إيجابية عند تأمينها بكاشت حمض شيف الدوري (PAS). هو مرض متعدد الأجهزة وتقريراً يمكن لأي عضو أن يكون متاثراً به وأحياناً لفترة طويلة قبل أن تصيب الإصابة الهمضية واسحة (انظر الجدول 39). يظهر المجهر الإلكتروني وجود عصيات صغيرة إيجابية الفرام (tropheryma whippelli) ضمن الباليات. تكون الزغابات متعددة ومسطحة ويحدث تجمع كثيف للباليات في الصفيحة الخامسة وهذا يمكن أن يعيق التصريف المفاوي مسبباً سوء امتصاص الدهون.

الجدول 39: المظاهر السريرية لداء ويبيل.

الهضمية:
• إسهال، إسهال دهن، نقص وزن، انفاس بطن، اعتلال معاوي فاقد للبروتين، حين، صداعنة كبدية ملحوظة (> 15).
المعدية الوبائية:
• اعتلال مقصلي للمفاصل الكبيرة سطين المصل، التهاب المفصل المجزي الحرقفي.
القلبية:
• التهاب تامور (10%)، التهاب العضلة القلبية، التهاب الشفاف، التهاب الشريان الإكليلية.
العصبية:
• خمول، نوب fits، عته، ررم عضلي، التهاب سحايا، اهتزاز في الأعصاب التحصية.
الربو:
• سعال مزمن، التهاب حتب، ارتشاحات رئوية.
الدموعية:
• قطر الدم، اعتلال الغدد المفاوية.
آخر:
• ترطم حروزى، تصبيح.

A. المظاهر السريرية:

إن الرجال في متوسط العمر هم الأكثر عرضة للإصابة وتعتمد التظاهرات على العضو المصابة. إن وجود تردد حروري حفيظ هو أمر شائع ومعظم المرضى يكون لديهم أعراض مفصليّة بدرجة ما. أحياناً يمكن أن تسيطر التظاهرات العصبية.

B. التدابير:

غالباً ما يكون داء ويل معيتاً إذا لم يعالج إلا أنه يستجيب بشكل جيد على الأقل مبدئياً على البنسلين أو التتراسكلين أو السلفوناميدات. تزول الأعراض في غضون أسبوع والتبؤلات المشاهدة بالبزعة تعود للطبيعي في غضون عدة أسابيع. المتابعة طويلة الأمد أساسية حيث يحدث التكيس عند حوالي ثلث المرضى وهذا يحدث غالباً ضمن الجهاز العصبي المركزي وبلا هذه الحالة فإنه من الضروري إعطاء البنسلين حتى وإن المشاركة بين السلفاميدينكسازول والتريميثوبريم حفناً لمدة أسبوعين تتبع باعطاً سلفاميدينكسازول-تريميثوبريم فموي لمدة 6-12 شهرًا.

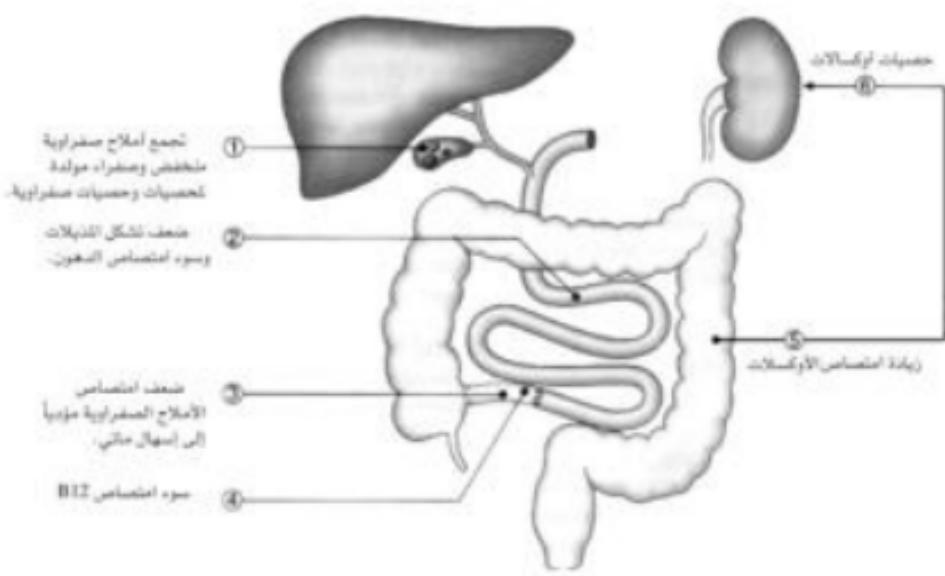
:VI. قطع الأمعاء :INTESTINAL RESECTION

يعتمد التأثير طول الأمد لقطع الأمعاء الدقيقة على موقع وحجم القسم المستأصل من الأمعاء وتتراوح من تأثيرات تافهة إلى تأثيرات مهددة للحياة.

I. قطع الشريان:

يحدث ذلك عادة في سياق الجراحة التي تجري لداء كرون. يتطور سوء امتصاص الفيتامين B₁₂ والأملاح الصفراوية (انظر الشكل 38). تغير الأملاح الصفراوية غير الممتصة إلى الكولون منبهة لإفراز الماء والشوارد ومتسببة في حدوث الإسهال. إذا لم يستطع الاصطناع الكبدي للأملاح الصفراوية أن يوازي ما يفقد في البراز عندها يحدث سوء امتصاص الدهون. يحدث كنتيجة أخرى تشكل صفراء مكونة للحمضيات مما يؤدي إلى حدوث حمسيات صفراوية. كما تتطور حمسيات كلوية فرعية بالأوكسالات. بشكل طبيعي ترتبط الأوكسالات في الكولون وتترسب بواسطة الكالسيوم. بشكل مفضل ترتبط الأملاح الصفراوية غير الممتصة بالكالسيوم تاركة الأوكسالات حرقة حيث تهتمس مع تطور لاحق للحمسيات البولية الأوكسالية.

عند المرضى الذين لديهم إسهال مائي الحاجي أو إسهال دهني حفيظ تشكل دراسات الأمعاء الدقيقة بالتبانين واختبارات امتصاص B₁₂ والحموض الصفراوية استقصاءات مقيمة. يعد تعويض فيتامين B₁₂ حفناً أمراً ضرورياً. عادة يستجيب الإسهال بشكل جيد على مركب الكوليسترامين وهو عبارة عن راتنج يربط الأملاح الصفراوية في لعنة الأمعاء. يمكن أيضاً تهيدروكسيد الالمنيوم أن يقوم بهذه الفعل عند المرضى غير القادرين على تحمل الكوليسترامين.



الشكل 38، نتائج قطع القناة.

2. القطع الكبير (متلازمة الأمعاء القصيرة):

تعرف متلازمة الأمعاء القصيرة بأنها سوء امتصاص ناتج عن قطع واسع للأمعاء الدقيقة. تحدد شدة المتلازمة عوامل عديدة تشمل موقع وامتداد القطع ووجود مرض أساس في القسم المتبقى من الأمعاء وجود السمam للقانسي الأعورى وقدرة الأمعاء المتبقية على التكيف (التلائم).

A. السببيات والإمراضية:

لهذه المتلازمة أسباب عديدة (انظر الجدول 4) ولكن عند البالغين فإنها تتجزء عادةً من الجراحة الواسعة المجرأة لداء كرون أو الاحتشاء الساريري. إن ضياع منطقة من سطح الأمعاء مسؤولة عن الهضم والامتصاص يشكل مفتاح المشكلة. تتجزء هذه العمليات عادةً ضمن 100 سم الأولى من الصائم وتكون التغذية المعوية ممكنة عادةً إذا بقي هذا القسم من الأمعاء الدقيقة. يمتص القسم القريب من الأمعاء الدقيقة بشكل طبيعى حوالي 9-15% من السائل الذي يصلها يومياً والمرضى الذين لديهم فقر حاد فىهم هم على خطير كبير في حدوث نقص حجم الدم وتجفاف وضياع شاردي. إن وجود قسم من الكوتون أو كل الكوتون من الممكن أن يحسن هذا الضياع بشكل ملحوظ وذلك عبر زيادة امتصاص الماء. يحسن وجود سمam للقانسي أعورى سليم الصورة السريرية وذلك بإبطاء النقل عبر الأمعاء الدقيقة وتقليل هرمون النمو الجنطومى. تخضع مخاطية الأمعاء الدقيقة المتبقية (لتلائم) بوقتها له فإن فرمد تنسج المخاطية طوال شهور أو سنوات يزيد مساحة السطح الفعال للامتصاص.

الجدول 49: سببيات متلازمة الأمعاء التصimirية.**الأطفال:**

- تشوهات ولادية (مثل: الفتال المعوي المتوسط، الرتق).

البالغين:

- التهاب الأمعاء الشعاعي.
- داء كرون.
- الاحتشاء، المساريقي.

B. المظاهر السريرية:

يكون لدى المرضى المتاثرين بشدة ضيق حجوم كبيرة جداً من المسالل عبر الفقر الصالحي أو إذا كان الكوتون محافظاً عليه فإنه يحدث لديهم إسهال أو إسهال دهني. يكون التخفاف وعلامات نقص حجم الدم شائعة وكذلك نقص الوزن ونقص الكلة العضلية وسوء التغذية. يبقى لدى بعض المرضى توازن سوائل مقبول ولكنه قلق (غير مستقر) وذلك حتى يحدث مرض بسيط إضافياً أو يحدث اضطراب معوي عندها يمكن لهؤلاء المرضى وبسهولة أن يصابوا بالتحفاف.

C. التدبير:

تبدأ التغذية الوريدية الكاملة TPN في الفترة النالية للعملية مباشرة. يعطى العلاج بمثبط مضخة البروتون لإنقاص الإفرازات المعدية. يتم إدخال التغذية المعوية بعد ذلك بعد 1-2 أسبوع تحت مرافقة دقيقة ويتم زيادتها ببطء حسب التحمل.

مصادن التدبير طويل الأمد:

- تقييم منفصل للتغذية بفترات منتظمة.
- مرافقة توازن المسالل والشوارد. يمكن أن يعلم المرضى عادة كيفية إنجاز ذلك بأنفسهم. إن المستحضر الجاهز والمتوفر من محلول إعادة الإماءة القموي يكون مفيداً في المرض العارض.
- مدخل حروري وبروتيني ملائم. الدهون مصدر طاقة جيد ويجب أن تؤخذ كلما تم تحملها. غالباً ما يعطى في البدء، معينات ثلاثيات الغليسريد متوسطة السلسلة لأنها الأسهل امتصاصاً.
- تعويض B12 والكلاسيوم وفيتامين D والفينيريزوم والزنك وحمض الفوليك.
- العوامل المضادة للإسهال مثل: لوبيراميد 4-6 ملخ كل 6 ساعات أو كودتين فوسفات 30 ملخ كل 4-6 ساعات.

لا يستطيع بعض المرضى الحفاظ على توازن سوائل إيجابي. يقلل الأكتريوتيد (50-200 مكغ كل 8-12 ساعة حتى تحت الجلد) الإفرازات الهمضمية ويكون مفيداً عند هؤلاء الأشخاص. رغم هذه الإجراءات، يحتاج بعض المرضى إلى تغذية وريدية كاملة منزلية طويلة الأمد من أجل البقاء وهذا يدبر بالشكل الأفضل في مراكز متخصصة. إن زيادة الأمعاء الدقيقة هي خيار عند بعض المرضى ولكن الرفض وداء رفض الطعام للمضيف Graft Versus Host Disease (داء الطعام ضد المضيف) تشكل عقبات مهمة ينبغي التغلب عليها.

VII. التهاب الأمعاء الشعاعي والتهاب الكولون المستقيم الشعاعي:

RADIATION ENTERITIS AND PROCTOCOLITIS:

تحدد آذية معوية عند 10-15% من المرضى الذين يخضعون لعلاج شعاعي من أجل خيارات بطبقة أو حوضية. تختلف الخطورة حسب الجرعة الكلية وبرنامج الجرعات واستخدام علاج كيماوي مرافق.

A. الإمساكية:

يكون توافر الإصابة أكثر ما يكون في المستقيم والكولون السيني والقائقي الانتهائي. بسبب الإشعاع التهاباً حاداً وقصيرآء في الزغابات ووذمة وتشكل خراجات الطبايا. عادة يتخلص بشكل تام ولكن يتتطور عند بعض المرضى التهاب بطانة الشريان السادس والذي يسبب بطانة شريانات الطبقة تحت المخاطية وذلك بعد 2-12 شهر. يحدث تكاثر مولدات الليف تليفاً إيقارياً متزناً خلال سنوات ويمكن أن يؤدي إلى التصاقات أو تقرح أو تحبيقات أو انسداد أو ناسور للأمعاء المجاورة.

B. المظاهر السريرية:

يوجد في المراحل الحادة غثيان، إقياء، ألم بطني مالبس، إسهال، عندما يكون المستقيم والكولون مشتملين بالإصابة يحدث مطاط مستقيمي وزرف وزحير. يتتطور العطور المزمن بعد 5-10 سنوات عند بعض المرضى ويعتبر في حدوث واحد أو أكثر من المشاكل المذكورة في (الجدول 41).



الجدول 41: الاختلالات المزمنة للتنفس المعوي.

- * التهاب مستقيم وكولون.
- * زرف عن توسيع الأوعية الشرعية.
- * تحبيقات الأمعاء الدقيقة.
- * نواسير: مستقيمية مهلبة، كولونية مائية، معوية كولونية.
- * التصاقات.
- * سوء امتصاص، قدرت نحو جرثومي، سوء امتصاص الأملاح الصفراء (آذية القائقي).

C. الاستقصاءات:

في المرحلة الحادة تشبه التبدلات المستقيمية المشاهدة بظهور السين تلك المشاهدة في التهاب المستقيم القرحي (انظر الشكل 50). يحدد امتداد الآفة بواسطة تحظير الكولون. إن فحص متابعة الباريوم يظهر تغيرات الأمعاء الدقيقة والقرحات والتواصير.

D. التدبير:

يعالج الإسهال في المرحلة الحادة بقوسات الكودين أو الداي هيوكسيلات أو الليوبيراميد بالجرعة القياسية. تساعد الرضمات المستيرويدية الموضعية في حالة التهاب المستقيم ويمكن أن تحتاج للمسادات من أجل فرمذ النمو الجنوبي. عند وجود سوء امتصاص تكون المعينات الغذائية ضرورية. يفيد الكوليسترامين (4 غ كبسولة واحدة) من أجل سوء امتصاص الأملاح الصفراوية. العلاج المختلط للبلازما بالألبز أو الأرغون بواسطة التظير يمكن أن يقلل من التزف من التهاب المستقيم. يجب تحسب الجراحية إن أمكن لأنه من الصعب قطع ومضاغة الأمعاء المتاذبة ولكنها قد تكون ضرورية من أجل الانسداد أو الانتفاخ أو التواصير.

VIII. فقد بيتا ليبيوروتين الدم ABETALIPOPROTEINAEMIA:

هذا الاختصار النادر الوراثي المنتقل بصفة جسمية متعددة ينبع عن عوز بـ أبوليبيوروتين-B وفشل لاحق في تشكيل الدهاليك الكليوسية. يؤدي إلى سوء امتصاص الدهون وعوز في الفيتامينات الذواقة بالدهن. تظهر خزعة المسام خلايا معوية متتفحة بثلاثيات الغليسيريد العاد تركيبها وشكلًا طبيعيًا للزغابات. تكون المستويات المصالية للكوليسترول وتثلاثيات الغليسيريد منخفضة. يحدث عدد من الشذوذات الأخرى في هذه المتلازمة وهي تشتمل على ثلاثيات الغليسيريد التهاب الشيكية الصياغي واضطراباً عصبياً متزناً مع علامات مخيخية وعلامات العمود المقهري. يمكن أن تحسن الأعراض بالحمية منخفضة الدهون والمميزة لثلاثيات الغليسيريد ذات السلسلة المتوسطة وفيتامينات A-K-E-D-A.

فحشياً عند كبار السن.

سوء الامتصاص:

- * يتحقق ما يلى على الداء الزلاقي في الأعمار المتقدمة:
 - يميل لأن يتظاهر بأعراض مبهمة ككسر الهضم أو عوز الفولات أو الحديد الممزوج. يتظاهر بشكل تلقائي فقط في 25% من الحالات وذلك بإسهال ونقص وزن.
 - إن تخلخل العظام وتثبيط المطام الشديدين أو التزف الناجم عن تنصُّ ثرومبيون الدم تكون أكثر شيوعاً مما هي عليه عند الشباب.
 - تكون لمفوماً الأمعاء الدقيقة أكثر شيوعاً عندما يتتطور الداء الزلاقي في الكهوف.
- * إن فرمذ النمو الجنوبي للأمعاء الدقيقة أكثر انتشاراً عند الكبار منه عند الصغار بسبب:
 - التهاب المعدة الضموري المسبب لقصم أو غثيان حمض الهيدروكلوريك يصبح أكثر انتشاراً مع التقدم بالعمر.
 - الرتوج المسالمية منتشرة عند العمر المتقدم.
 - التغيرات طوبلية الأداء للجراحة المعدية المعرض للمرض القرحي تشاهد الآن عند الناس الأكبر سنًا.

MOTILITY DISORDERS

اشتريات الحركية

1. الانسداد المعوي الكاذب المزمن CHRONIC INTESTINAL PSEUDO-OBTURATION

تضطرب حركة الأمعاء الدقيقة في الحالات التي تؤثر على العضلات الملمس أو أعصاب الأمعاء، يكون العديد من الحالات بدتهاً (مجهول السبب)، بينما حالات أخرى تكون ثانوية لمجموعة من الاضطرابات أو الأدوية (انظر الجدول 42).

A. المظاهر السريرية:

توجد نوب متكررة من الغثيان والإقياء، وعدم الارتياح البطنى والانتفاخ تسوء غالباً بعد الطعام. يحدث تناوب الإسهال والإمساك ويحدث تفاصيل وزن بسبب سوء الامتصاص (التاجم عن فرط النمو الجرثومي) وبسبب الخوف من تناول الطعام. يمكن أن توجد أيضاً أعراض عسر حركة تزداد على أجزاء أخرى من السبيل الهضمي مثل: عسر البلع وبأحوالات البدنية مظاهر سوء وظيفة المثانة. يكون لدى بعض المرضى الالم بطنى شاملاً ولكنه شديد ويكون تشبيهه صعباً للغاية.

B. الاستقصاءات:

غالباً ما يتأخر التشخيص ويحتاج إلى وجود مشعر عالٍ من الشك. تظهر المصور الشعاعي البسيطة عرقي معاوية متعددة ومستويات سائلة غازية ولكن دراسات الباريوم تبين عدم وجود الانسداد هيكلاني. يجري فتح البطن أحياناً لاستبعاد الانسداد ولأخذ خزعة كاملة للثغرة من الأمعاء، إن المجهر الإلكتروني والكمبيوتر التصويرية والتلوينيات الخاصة تحدد المتلازمات النادرة التوعية.

الجدول 42: أسباب الانسداد المعموي الكلاب المزمن

البدائية أو مجهولة السبب

- اعتلال العضلات أو اعتلال الأعصاب الحشوية العدلي النادر.
 - انعدام الخلايا العقدية الخلقية.

الكتابية

- أدوية مثل: الأفيونات ومحضادات الأكتتاب تتلاقي المخالقة والفينوتريازينات.
 - اضطرابات العضلات الملساء مثل صلابة الجلد والداء التشواني واعتلال العضلات التقددي.
 - اضطرابات الضغيرة العصبية المغوية، مثل: التقلازمة نظيره الورمية به سرطان الرئة صغير الخلايا.
 - اضطرابات الحملة العصبية المركزية، مثل: الباركسوتية، اعتلال الأعصاب الذاتية.
 - اضطرابات ندية مسماوية واستقلالية، مثل: فصص الدرق، ورم القواطن، المورثية العادة التقطعلمة.

C. التدبير

غالباً ما يكون صعباً. يجب أن يتم التوجه نحو الأسباب المستبطنة وتجنب الجراحة إن أمكن، يمكن للميتوكلوراميد أو الدوميبروبيون أن يعزز الحركية وتغضن الصادات من أجل هرمون النمو الجرثومي. يكون الدعم الغذائي والدعم النفسي ضروريين أيضاً.

اضطرابات متعددة للأمعاء الدقيقة

MISCELLANEOUS DISORDERS OF THE SMALL INTESTINE

1. الاعتلال المعيوي المضيئ للبروتين PROTEIN-LOSING ENTEROPATHY

يستخدم هذا التعبير عندما يوجد فقد زائد للبروتين إلى لعنة الأمعاء كافٍ لحدوث نقص بروتين الدم. بشكل طبيعي يفقد أقل من 10% من بروتين البلازما من السبيل الهضمي. يحدث الاعتلال المعيوي المضيئ للبروتين في العديد من الاضطرابات المعلوية ولكنها أكثر شيوعاً في تلك الاضطرابات التي يحدث فيها نزيف (انظر الجدول 43). في اضطرابات أخرى يتبع فقد البروتين عن تفاصيل المخاطية أو انسداد الأوعية المقاومة المعلوية. ينطوي المرض بودمات محيطية ونقص بروتين الدم مع وجود وظيفة كبدية طبيعية وبدون وجود بيلة بروتينية. يمكن أن توجد أيضاً مظاهر السبب الأساسي. يتم إثبات التشخيص بقياس التصفية البرازية لـ Alb التي ترسّب أو الألبومين الموسوم بـ Cr^{51} بعد الحقن الوريدي. تجرى استئصالات أخرى لتحديد السبب الأساسي. العلاج هو علاج الاضطراب الأساسي ودعم غذائي وإجراءات للسيطرة على الوذمة المحيطية.

الجدول 43: أسباب الاعتلال المعيوي المضيئ للبروتين.

مع تسخنجات مخاطية أو تقرحات:

• نفوما.

• داء كرون.

• التهاب الكولون القرحي.

• أورام المريء والمعدة والكولون.

بدون تسخنجات مخاطية أو تقرحات:

• داء متريبر.

• هرمون النمو الجرثومي.

• الداء الزلاقي.

مع انسداد مقاوي:

• نفوما.

• توسيع الأوعية المقاومة المعلوية.

• التهاب القamura العاصر.

• داء بيل.

II. توسيع الأوعية اللمفاوية المغوية :INTESTINAL LYMPHANGIECTASIA

قد يكون بدنياً ناجماً عن سوء التحام حلقي للأوعية اللمفاوية أو ثانوياً لانسداد الأوعية اللمفاوية الناجم عن التهابات التامور العاصر. يؤدي ضعف تصريف الأوعية اللمفاوية المغوية إلى نزح لفليسي بالبروتين والدهون إلى لعنة المسيل الهضمي. تظاهر الحالة بودمة لفافية محيطية وانصبابات جنب أو حين كيلوسى وأسهال دهنى. تشير الاستئصالات إلى وجود نقصان في ألبومين الدم وتقصص في اللمفاويات وترانكير منخفضة للقلويولين المناعي في المصل. تظهر الخزعات الصالحة أوعية لبنة متعددة بشكل كبير ويظهر تسوير الأوعية اللمفاوية انسداداً ملاؤرياً. ينافي العلاج من حمية منخفضة الدهون مع إضافة ثلاثة غليسريد متوازنة المسألة.

III. تقرح الأمعاء الدقيقة :ULCERATION OF THE SMALL INTESTINE

قرحات الأمعاء الدقيقة غير شائعة ويمكن أن تكون بدنية أو ثانوية لاضطراب معي أساسى (انظر الجدول 44). تكون القرحات أكثر شيوعاً في اللقانقى وتسبب نزفاً أو انتفاكاً أو تشكل تحبيق أو انسداد. دراسات الباريوم والتنظير المعاوى تثبت التشخيص.

IV. التهاب المعدة والأمعاء بالحمضات :EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS

هذا الاضطراب مجهول السبب يمكن أن يصيب أي جزء من المسيل الهضمي ويتميز بارتجاع بالحمضات يسبب حدار الأمعاء مع غياب وجود إنثان مليلي أو زيادة حمضات الأنسجة الأخرى. يوجد زيادة في حمضات الدم المحيطي في 80% من الحالات. يسبب الالتهاب والتخرّب الطبقات المخاطية والعضلية و/أو المصلية.

A. التظاهرات المسريرية :

توجد مظاهر للانسداد والالتهاب كالآلم القولجي والغثيان والإقياء، والإسهال وتقصص الوزن. يحدث الاعتلال المعاوى المتسبّب للبروتين وتوجد لدى 50% من المرضى قسمة اضطرابات تحسسية أخرى. قد تسبب الإصابة المصالية جتناً غالباً بالحمضات.

B. التشخيص والتدبير :

يتم التشخيص بالتقدير التسويجي لخزعات تظليلية متعددة على الرغم من أن خزعات كاملة التخانة تكون أحياناً مطلوبة. تجرى استئصالات أخرى لاستبعاد الإنثان المتفاصل والأسباب الأخرى لارتفاع الحمضات.

الجدول 44: أسباب قرحات الأمعاء الدقيقة.

- * المفوما والسرطان.
- * الإلانتات مثل السل والتيفوئيد والبرسيلا.
- * أدوية مثل: NSAIDS. أعراض البوتاسيوم المختلفة المغوية.
- * التهاب المسالك واللقانقى الشرجي.

غالباً ما يشاهد ارتفاع التركيز المصلبي لـ IgG. نادراً ما تكون العلاجات القوية فعالة على الرغم من أن الأندية المخدودة خصوصاً الحليب قد تقييد بعض المرضين. تعالج الأعراض الشديدة ببريفينيزولون 20-40 ملجم يومياً و/أو كروموغليكتات الصوديوم والتي تثبت أقشيه الخلية البدنية. يكون الإنذار جيداً عند غالبية المرضى.

٤. رتج ميكيل Meckel's Diverticulum

هو أكثر شذوذات السبيل الهضمي الخلقية شيوعاً ويحدث عند 3-0.3% من الناس. معظم المرضى لا يعانون. ينجم الرتج عن قليل في الغلاف القناة المحيية مع استمرار سوسيقة ذات نهاية عمودية تنشأ من الحافة المقابلة لمساريقها الفقاري. يحدث عادة في نطاق الـ 100 سم من الصمام الفقاري الأعورى ويكون حتى 5 سم طولاً. تقريباً 75% منها تحوي مخاطية معدية هاجرة ونادراً ما توجد أنسجة كوتوبية أو بنكرياسية أو بطانية رحمية. الأكتر شيوعاً أن تحدث الاختلاطات في السنين الأولىين من العمر ولكنها ترى أحياناً عند البالغين الصغار. ينجم النزف من تقرح المخاطية المجاورة لخلايا الجدارية المتبدلة وينتشر بالقوس رفتي متعدد أو دم متبدل في المستقيم. يمكن أن يتم التشخيص بتصوير البطن باستخدام عدد غاما التالي للحقن الوريدي لـ ^{99m}Techetium Pertechnate والذي يركز من قبل الخلايا الجدارية المتبدلة. تشمل الاختلاطات الأخرى النساء والأمهات، والتهاب الرتج والانفلات والانثباب. يكون التداخل غير ضروري مالم تحدث اختلاطات. الفالية العظمى من المرضى يبقون لا يعانون طوال الحياة.

ADVERSE FOOD REACTIONS

التفاعلات الغذائية العكسية

التفاعلات الغذائية العكسية شائعة وتقسم إلى عدم تحمل غذائي وتحسس غذائي وإن الأول هو الأكثر شيوعاً.

I. عدم تحمل الطعام : FOOD INTOLERANCE

وهذه تتضمن تفاعلات عكسية للطعام غير متوسطة متنوعاً وتنتهي عن سلسلة واسعة من الآليات. إن تلوث الطعام والمواد الحافظة وعوز اللاكتاز، كل ذلك يمكن أن يكون متورطاً.

II. عدم تحمل اللاكتوز : LACTOSE INTOLERANCE

يعتني الحليب البشري حوالي 200 ملي مول / لتر من اللاكتوز والذي يهضم بشكل طبيعي إلى غلوكوز و غالاكتوز بواسطة أنزيم اللاكتاز الموجود في الحافة الفرجونية وذلك قبل أن يتمتص. تختلف فعالية لاكتاز الخلايا المعرفية عند معظم الشعوب مع تقدم فترة الطفولة ويكون هناك عوز في الأنزيم عند 90% من البالغين الأفارقة والآسيويين وجنوب أمريكا ولكن فقط عند 7% من البالغين في شمال أمريكا.

في حالات عوز اللاكتاز المحددة على أساس عرقي (بدني) تكون شكلية (مورفولوجية) الصائم مليتعية. يحدث العوز الثانوي لأنزيم اللاكتاز كنتيجة للاضطرابات التي تؤدي إلى مخاطية الصائم كما في الداء الزلاق والتهاب المعدة والأمعاء الفيروسي. يدخل اللاكتوز غير المحلمه الكولون حيث ينبع التخمير الجرثومي حموضاً دسمة مليارة قصيرة السلسلة والهيدروجين وثاني أوكسيد الكربون.

المظاهر السريرية:

يكون عوز اللاكتاز عند معظم الناس غير عرضي بشكل تام. على كل حال يشكو البعض من آلم قولونجي وانتفاخ بطيء وزيادة الغازات وفترقة أمعاء وإسهال بعد تناول الحليب أو مشتقاته. غالباً ما يكون الشك بمثلازمة الأمعاء الهريجية ولكن يتخرج التشخيص بالتحسن السريري عند استبعاد اللاكتوز. إن اختبار النفس لهيدروجين اللاكتوز مفيد كاستقصاء غير غاز ومؤكد. يوصى باستبعاد اللاكتوز من القوت على الرغم من أن معظم هؤلاء المعاين يمكن أن يتحملوا كميات قليلة من الحليب دون أعراض. إن إضافة مستحضرات اللاكتاز التجارية إلى الحليب كان مفيداً في بعض الدراسات ولكنه مكلف.

:DIARRHOEA DUE TO OTHER SUGARS III. الإسهال الناجم عن السكاكر الأخرى

يمكن أن يحدث إسهال تناسجي بسبب السوربيتول وهو من ماليزيات الفحم غير المتمتص والتي تستخدم كمحليات صناعية. يمكن أيضاً للفركتوز أن يسبب إسهالاً إذا استهلك بكميات أكبر (مثال: عصير الفواكه) مما يمكن امتصاصه.

:FOOD ALLERGY IV. التحسس الطعامى

الحساسية للأطعمة هي اضطرابات متواسطة متنامية ناجمة عن أضداد IgE وتفاعلات فرط الحساسية من النوع الأول. 20% من السكان يلاحظون على أنفسهم أنهم يعانون من تحسس للطعام ولكن فقط 1-2% من البالغين لديهم تحسسات حقيقية للطعام. الأغذية التالية الأكثر شيوعاً هي القول السوداني واللحم والبيض والصوص والمحار. تحدث التظاهرات السريرية هريرة عند التعرض وتتراوح من تظاهرات خفيفة إلى مهددة للحياة أو حتى الناقل. في متلازمة التحسس الفموي يسبب التعرض مع أنواع معينة من عصير المواكه الطازجة حدوث شرى ووذمة عرقية في الشفاه والبلعوم الفموي. يملك الاعتنال المعدي المعيوي التحسسي مظاهر مشابهة لالتهاب المعدة والأمعاء بالحساسيات إلا حين أن الناقل المعدي المعيوي ينافى من غليان واقباء وإسهال وأحياناً وهن قلبى وعالي وتنفسى.

سجلت كثيراً لفاعلات معينة لكميات زهيدة من القول السوداني. إن التشخيص الفدالى صعب الإثبات أو النفي. إن اختبارات الورز الجلدية ومعابرية أضداد IgE النوعية للمستضد في المصل ذات قيمة تنبؤية محددة. إن اختبارات التحدي الطعامى ثنائية التعميم المراقبة بالغفل هي المعيار النهائى ولكنها مرهقة وغير متوفرة بسهولة. في العديد من الحالات يستخدم الشك السريري وتجارب حذف الأغذية. إن علاج التحسس الطعامى المثبت يشمل تقليف مفصل للمريض والحدف الصارم للمستضد المتهمن وفي بعض الحالات إعطاء مضادات الهيستامين أو كروموجلوكات الصوديوم. يجب أن يعالج الناقل حالة إسعافية بالإنتاش ودعم الطريق الهوائي وإعطاء أدربينان وريدي (إيتقرين). إن المعلمين والمعلترين الآخرين بالأطفال المصابين يجب أن يدرجاً على ذلك. يجب على الترخيص أن يراسوا سوار معلومات وأن يعلموا على حمل واستخدام سيرنج أدربينان مسبقاً.

انتانات الأمعاء الدقيقة

INFECTIONS OF THE SMALL INTESTINE

- I. إسهال المسافرين
II. داء الجيبارديات
III. داء الأميبيات
IV. السل الباطني
- نوقشت في فصل آخر.

. TRAVELLERS' DIARRHOEA

. GIARDIASIS

. AMOEBIASIS

(ABDOMINAL TUBERCULOSIS) IV.

إن داء المتقطرات السليمة هو سبب نادر للمرض الباطني عند التوقيازين ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار عند المهاجرين من العالم النامي أو عند مرضى الإيدز. يحدث الإشارة المعاوية عادة بالمتقطرة السليمة البشرية والتي تتباع بعد السعال، لا يوجد لدى العديد من المرضى أعراض رئوية ولكن صورة الصدر لديهم طبيعية.

المخطفة الأكثر تأثيراً هي التاحية الفاقعية الأعمورية ويمكن للظاهرات والموجودات الشعاعية أن تكون شديدة الشبه لذك الموجدة في داء كرون، يمكن للألام الباطني أن يكون حاداً أو يدوم لفترة عدة أشهر ويكون الإسهال أقل شيوعاً في التدرين عنه في داء كرون. الترفع الحروري الخفيف شائع ولكنه غير ثابت. كما في داء كرون يمكن لم.T.B. أن يصيب أي جزء من المبيل الباطني والإصابة حول الشرج مع نواسير تكون مميزة. قد يسبب التدرين البريتوني التهاب بريتون مع حمّى تتحبّ (exudative) مترافقاً بالم بطيء وترفع حروري كما يحدث التهاب كيد حبيبي.

A. التشخيص:

يسبب التدرين الباطني ارتفاع سرعة التثقل. إن ارتفاع التركيز المصلي للفوسفات الزقلوية يوجه نحو وجود إصابة كبدية. يتم البحث عن إلثيات نسبجي بواسطة التقطير الباطني أو تقطير البطن أو خزعة الكبد. لا يشاهد دائماً تجين حبيبي وغالباً ما تكون الجراثيم المقاومة للحمض والكحول قليلة. قد يكون الزرع ملبيداً لكن تحديد المتعضية قد يأخذ 6 أسابيع.

B. التدبير:

عندما يكون التظاهر موجهاً جداً نحو التدرين الباطني فإنه يجب البدء بالعلاج الكيماوي بأربعة أدوية وهي: الإيزونيازيد، الريفامبيسين والبيبرازيناميد والإيثامبيتول حتى مع غياب الإلثيات الجرثومي أو النسبجي.

V. داء المبوغات المستخفية : CRYPTOSPORIDIOSIS

نوقشت داء المبوغات المستخلفة وأصحاب الأعراض الأخرى في فصل آخر.

أورام الأمعاء الدقيقة

TUMOURS OF THE SMALL INTESTINE

من النادر أن تصيب الأمعاء الدقيقة بالأورام وأقل من 5% من كل الأورام الهمضية تحدث هنا.

1. الأورام السليمة:

الأكثر شيوعاً هي القدومات و GIST والشحمومات والأورام العاببة. أكثر ما تشاهد القدومات في منطقة حول الجل وعادة لاعرضية على الرغم من أنه قد يحدث نزف خفي أو انسداد بسبب الانقلاف. التحول إلى سرطانة قدية نادر، القدومات المتعددة شائعة في الفرج عند المرضى الذين لديهم داء البولبيات القيدية المائل (FAP) والذين يتطهرون مرافقاً تنظيرية منتظم. إن البولبيات العاببة وتقريراً مع عدم وجود احتمالية للخيانة تحدث في متلازمة بوتز جيفرز.

2. الأورام الخبيثة:

نادرة وتشمل في ترتيب تنازلي لتوارثها: السرطانة القيدية والتورم الكارسينوتيدي و GIST والخبيثة واللمفوما. معظمها يحدث في الأعمار المتوسطة أو متأخرًا. تشاهد ساركوما كابوزي عند مرضى الإيدز. تحدث السرطانة القيدية بتواتر أعلى عند مرضى البولبيات القيدية المائلية والداء الزلاقي ومتلازمة بوتز جيفرز. إن التماهر اللاتوعي وندرة هذه الآفات يؤدي إلى التأخير في التشخيص. إن فحص متابعة المبارروم أو دراسات رخصة الأمعاء الدقيقة ستوضع معظم آفات هذا التمned. إن التخطير المعوي وتصوير الأوعية المساريقية والـ CT تلعب أيضاً دوراً في الاستقصاء.

3. أورام الكارسينوتيدي: CARCINOID TUMOURS

تشق من الخلايا المعاوية المحية للكروم وهي أكثر شيوعاً في اللقاقي. إن الانتشار الموضعي واحتمالية حدوث النقال للكبد تزداد في الآفات البدنية الكبير من 2 سم قدرأً. تحدث أورام الكارسينوتيدي أيضاً في المستقيم وفي الرائدة الدودية، وفي الرائدة الدودية تكون سليمة عادة. بالمحصلة فإن هذه الأورام أقل عدوانية من السرطانات وبنموها بطيء عادة. إن لفظ متلازمة الكارسينوتيدي يشير إلى الأعراض الجهازية الناجمة عن التواجع الإفرازية للخلايا المعاوية المحية للكروم الورمية والتي تصل إلى الدوران الجهازي. (انظر الجدول 45). عندما تتبع من قبل الأورام البدنية فإنها تستغل عادة في الكبد ولا تصل الدوران الجهازي. لذلك تحدث المتلازمة فقط عندما يتحرر 5-هيدروكسى تريبتامين (5-HT، سيروتونين) وبراديكينين والهرمونات الbbقية الأخرى من النقال الكبدية.

4. التدبير:

إن علاج أورام الكارسينوتيدي هو الاستئصال الجراحي. إن علاج متلازمة الكارسينوتيدي هو علاج ملطف بسبب حدوث النقال الكبدية على الرغم من أن البقى المطلقة شائعة. عادة يتم محاولة إجراء استئصال جراحي للتورم البدني ويمكن أن تستحصل النقال الكبدية حيث أن تقليل كثافة الورم يحسن الأعراض. إن تسميم الشريان الكبدي يحقق نمو التوضعات الكبدية. يستخدم الأوكتربيوتيد 200 مكغ كل 8 ساعات بالحقن تحت الجلد لتقليل التحرير الورمي للمفرزات. العلاج الكيماوي السام للخلايا له دور قليل فقط.

II. الم溷وما: LYMPHOMA

يمكن للم溷وما الاهودجكن ان تشمل السبيل الهضمي كجزء من مرض أكثر تعمماً او قد تنشأ نادراً في المعي بحيث تكون الأمعاء الدقيقة الأكثر تأثراً. تحدث الم溷وما بتوالٍ أعلى عند مرضي الداء الزلاقي ومرضى الإيدز والحالات الأخرى من عوز المناعة. معظمها تكون من منشأ الخلايا البائية على الرغم من أن الم溷وما المراهقة للداء الزلاقي تشقق من الخلايا الثانية (المؤما الخلايا الثانية المراهقة للاعتلال الموي). إن الألم البطني المانع والانتساد وتقصس الوزن تشكل عادة السمات البارزة ويرى أحياناً الارتفاع. سوء الامتصاص هو فقط مظاهر للأنسجة المخوية المنتشرة وتكون المخطامة الكبدية والطحالية نادرة.

يتم التشخيص بطنزعة الأمعاء الدقيقة ودراسات التباين الشعاعية و CT كما تجري استقصادات لتحديد المرحلة. إن الاستئصال الجراحي هو العلاج المُنتَج عند إمكاناته مع العلاج الشعاعي ويحتفظ بالمشاركة مع العلاج الكيميائي لأولئك الذين لديهم المرض المتقدم. يعتمد الإنذار بشكل كبير على المرحلة عند التشخيص وعلى نوع الخلايا وعمر المريض وجود آعراض "B".

III. الداء المناعي التكاثري للأمعاء الدقيقة:

IMMUNOPROLIFERATIVE SMALL INTESTINAL DISEASE (IPSID):

يعرف كثيراً بداء السلسلة الثقيلة الفا. تحدث هذه الحالة النادرة بشكل رئيسي في دول البحر الأبيض المتوسط والشرق الأوسط والهند وباكستان وأمريكا الشمالية. السبب مجهول ولكنه قد يكون استجابة لتبسيه مزمن من قبل مستضدات جرثومية. تختلف هذه الحالة في شدتها من السليل نسبياً إلى الخطير بشكل واضح.

تصاب مخاطية الأمعاء الدقيقة بشكل منتشر خصوصاً في القسم القريب وذلك بارتشاح كليف للخلايا المقاوية بلازمية. معظم المرضى هم من البالغين الصغار حيث يتظاهرون بسوء امتصاص وقمه وترفع حروري. يؤكّد الرحلان الكهربائي المصلي وجود السلسل الثقيلة الفا (من الجزء FC من IgA). يمكن أن يحدث هجوم مطعون بالعلاج طوبل الأسد بالصادفات، لكن العلاج الكيميائي يكون مطلوباً عند أولئك الذين يশلون في الاستجابة أو أولئك الذين لديهم مرض عدواني.



الجدول 45: المظاهر السريرية لتكلازمة الكارسينوتيد.

- * انسداد الأمعاء الدقيقة الناتج عن كثرة الورم.
- * الإفقار الموي (الناتج عن الارتشاح المساريقي أو التشنج الوعائي).
- * تسب التقلّصات الكبدية الألم والخطة الكبدية والبرهان.
- * توهج وزرير.
- * إسهال.
- * الإصابة القلبية (قصور مثث الشرف، تضيق رئوي، لويحات شفافية في البطن الليمي) مؤدية إلى قصور قلب.
- * توسيع أوعية شعرية وجهن.

يتم التشخيص بكتف مستويات زائدة من مستقلب 5-HT و 5-HIAA في يوم 24 ساعة.

أمراض البنكرياس

DISEASES OF THE PANCREAS

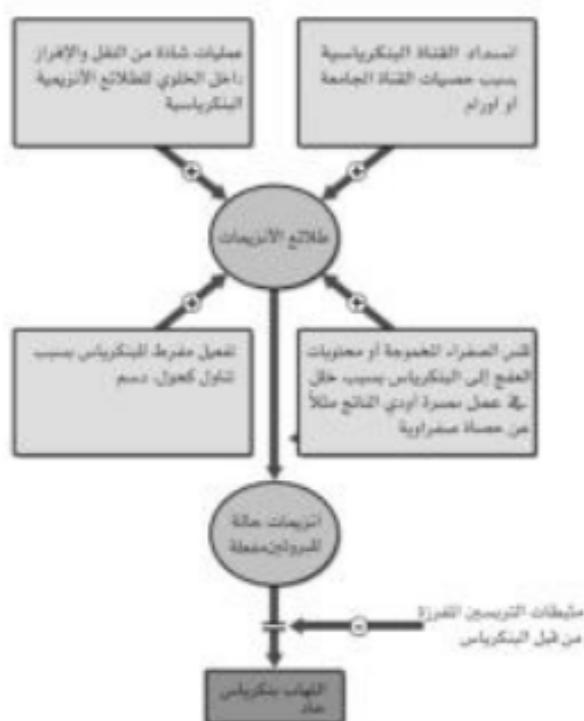
ACUTE PANCREATITIS

التهاب البنكرياس الحاد

يشكل التهاب البنكرياس الحاد 3% من جميع حالات الألم البطني التي تقبل في المشافي ويسبب حوالي 28% من كل مئة ألف من التعداد الإجمالي للسكان ومن المحتمل أن تكون نسبة وقوعه الآن متزايدة.

A. الفيزيولوجيا الإمبريقية:

التهاب البنكرياس الحاد هو عبارة عن حدثية الالتهابية حادة تصيب البنكرياس وتؤثر بحسب مقاونة على النسخ المحيطة به والأعضاء البعيدة عنه. وهذه الحدثية الالتهابية تحدث نتيجة التفعيل الباكير لمحبيات الطلاقع الأنزيمية Zymogen granules وتحرر البروتيناز Proteases الذي يقوم بتفكيك وهضم البنكرياس والنسيج المحيطة به (انظر الشكل 39).



الشكل 39. الفيزيولوجيا المرضية لالتهاب البنكرياس الحاد.

يمتلك البكتيريا الطبيعي محفظة غير جيدة التطور ولذا فإن النسج المجاورة مثل القناة المسرأوية الجامدة والقمع والوريد المطحالي والكولون المعترض غالباً ما تصاب بهذه الحدثية الالتهابية.

وتعتمد شدة التهاب البكتيريا الحاد على التوازن ما بين فعالية الانزيمات الحالة للبروتين المتحركة والعوامل المعاكسة لانحلال البروتين وتشمل العوامل المعاكسة لانحلال البروتين كلاً من البروتين المثبت للترسيجن البكتيريا داخل الخلوي و $\beta2$ -macroglobulin و $\alpha1$ -anti-trypsin ومنبعات الاستهراز - C1. أسباب التهاب البكتيريا الحاد مدونة في الجدول 46.

قد يكون التهاب البكتيريا حقيقياً مع اضطراب اصغرى بوظيفة العضو ومع شفاء احسن (دون اختلالات خطيرة). وبشكل بديل قد يكون شديداً ومتراافقاً مع مضاعفات موضعية مثل التخر (غالباً مع انتان) والكميسة الكاذبة أو خراج ومضاعفات جهازية تؤدي إلى قصور أعضاء متعدد.

B. المظاهرات السريرية:

الم يتم على البطن شديد ومستمر وينتشر إلى الطهور في 65% من الحالات. يصل ذروته خلال 15-60 دقيقة، الفشان والإقياء شائعان.

يوجد محيض شرسوية معين ولكن في المراحل الباكرة (عكس القرحة الهضمية المتنقلة) يكون التفوح البطني والمضمض المرئي غالباً لأن الالتهاب يكون بشكل رئيسي خلف البريتون. الأسوأ المغوية تصبح حادة أو غالباً مع تطور انسداد الأمعاء الشللي.

في الحالات الشديدة يصبح المريض ناقص الأكسجة ويتطور لديه صدمة نفس حجم مع شبح بول. إن تغير لون الخامس (Grey turner) أو منطقة حول المرة (علامة Cullen) هما مظاهران لالتهاب البكتيريا الشديد المتراافق مع تزف. يشمل التشخيص التفريقي انتفاخ حشا أجوف والتهاب المرارة الحاد واحتشاء العضلة اللبية.

الجدول 46: أسباب التهاب البكتيريا الحاد.

الشائعة (90% من الحالات):

- مجهول السبب.
- الحميات المصرفاوية.
- الكحول.

نادرة:

- إنفلونزا (نكاف، فيروسات كوكساس).
- عقب الجراحة (بطانية - مجازات قلبية زرعية).
- رضوض.
- إدوية (ازالوبيرين، المدرات الشعاعية، فالبروت الصوديوم).
- التصوّر الكلوي.
- زرع الأعضاء (كليه، كبد).
- الخفاش الحرارة الشديدة.
- تشبع البكتيريا.

C. الاختلاطات:

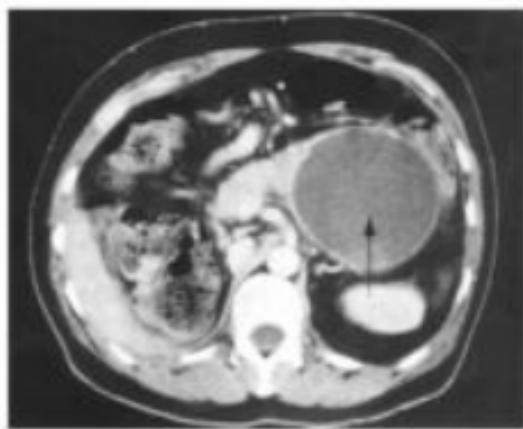
وهي مذكورة في (الجدول 47).

الكيمة البنكرياسية الكلامية الحادة هي تجمع خارج البنكرياس للعصارة البنكرياسية ولنسج منتوحة والتي تتطور عادة في الكيس الصغير lesser sac لتو تعرق التهاب القناة البنكرياسية. بداية تكون الكيمة الكلامية محتواها ضمن جدار هش من تنسج حبيبوسي محدد بشكل ضعيف والذي يتضاعف خلال 6 أسابيع ليتشكل محلطة ليفية (انظر الشكل 40).

إن الكيماض الصغيرة داخل البنكرياس والكيماض الكلامية هي مظاهر شائعة لكل من التهاب البنكرياس الحاد والمزمن وتكون عادة لاعرضية وتزول بشفاء التهاب البنكرياس. الكيماض الكلامية ذات القطر الأكبر من 6 سم نادراً ما تختفي عشوياً. تسبب الكيماض الكلامية الكبيرة مما يعطيها مستمراً ويمكن أن تحدث كتلة بطانية مجسمة وقد تضيق أو تسبب تأكل التراكيب المحيطة بما فيها الأوعية الدموية لتشكل امهات دم كلامية. يحدث العين البنكرياسي عندما يتسرّب السائل من القناة البنكرياسية المترفة إلى جوف البريتوان. يمكن أن يسبب الرشح إلى الجوف الصدرى انصباب جسب أو تأثر قصبي بنكرياسي.

الجدول 47. اختلاطات التهاب البنكرياس الحاد.

السبب	الاختلاط
جياري:	
زيادة التقويدية الوعائية بسبب تحرر السيتوکلين والعامل المجمع للمنفخات واللوكين، إسداد الأمعاء الشفلي، الإفراط.	متلازمة الاستجابة الالتهابية (SIRS)؛ القصور الكلوي.
متلازمة العضالية التقفسية الحادة بسبب اختناق المجهري في الأوعية الرئوية.	نقص أكسجين.
تعزز بالجزر لاندھاں وتشمل مخمور انسولون/ غلوکالغون.	فرط سكر الدم.
احتتجاز الكالسيوم في التغيرة الشحمية، انخفاض الكالسيوم المؤمن (السبب 44).	نقص كالسيوم الدم.
زيادة التقويدية الوعائية الشعيرية.	نقص تركيز البروتينات الدموية.
بنكرياسي:	
نسم بنكرياسية غير عبوشة وموت النسم حول البنكرياس كثيراً ما تكون مخموقة.	النخر.
تجمع محدد الحواف من القيم مجاور للبنكرياس ولا يحتوى على نسم بنكرياس.	خراجة.
تعزز الفنوات البنكرياسية.	الكيمة الكلامية.
تعزز الفنوات البنكرياسية.	الحسين البنكرياسي أو انصباب الجنب.
معدى معوى:	
تسخنات معدية أو عضدية.	النزف الوهمي العلوي.
خلاث وربيد الباب أو الوريد العطالي.	نزف دوالى وناتكللات في الكوليون.
التضخمات كتلة بنكرياسية.	انسداد القمع.
انضغاط القناة الصفراوية الجامدة.	برقان انسدادي.



الشكل 40- CT يظهر كيسة بنتكرياسية كاذبة كبيرة (النقر السليم) ناتجة عن جسم البنتكرياس.

D. التشخيص:

يعتمد تشخيص التهاب البنكرياس الحاد على تراكيز مصلية مرتفعة من الأميلاز أو الليپاز ودليل على تورم البنكرياس بار CT أو بالايكو. تجري المصور الشعاعي البسيطة لاستبعاد الأمور التشخيصية الأخرى مثل الانتئاب أو الانسداد ولتحديد الاختلالات الرئوية.

يطرح الأميلاز عبر الكليتين بشكل فعال وقد يعود للسواء إذا تمت معايرته بعد 24-48 ساعة من بدء التهاب البنكرياس. فإذا هذه الحالة يمكن أن يتم التشخيص بإثبات ارتفاع نسبة أميلاز البول/كرياتينين البول، إن استمرار ارتفاع تركيز الأميلاز المصلى يقترح تشكيل كيسة كاذبة. ترتفع تراكيز الأميلاز البريتوني بشكل كبير في البنكرياسي و تكون تراكيز الأميلاز المصلى مرتفعة أيضاً (لكن لدرجة أقل) في الإلصان المموج والقرحة الهمضية المنشطة وكيسة المسيخ. المتذبذبة يمكن التحليل المعايير من الأميلاز: متذبذباً في التهاب التكفيلا.

التصوير بالإيكو يثبت التشخيص على الرغم من أنه في المراحل الباكرة لا تكون الغدة متضخمة (متورمة) بشكل كبير، الإيكو مفيد أيضًا بسبب أنه قد يظهر الحصيات الموارية أو الانسداد الصفراوي أو يظهر تشكل الكيسة الكلازية. يستخدم الا-CT بين اليوم الثالث واليوم العاشر بعد القبول لتحديد عبوشية البنكرياس، التهاب البنكرياس التخري يترافق مع تعزيز بنكرياسي متضخم تالي للحقن الوريدي للمادة الطلبية، إن وجود غاز ضمن مادة التخدير يقترب وجود حرج وتشكل وشيك للخارج، في هذه الحالة يجبأخذ رشاشة عبر الجلد للمساعدة من أجل التزرع الحديث.

ان إصابة الكوتون والأوعية الدموية والstrukturen المجاورة الأخرى بالعملية الالتهابية أفضى ما ترى بواسطة CT.

تحدد استقصامات معينة شدة التهاب البنكرياس الحاد وهي ذات قيمة إنذارية مهمة وقت النظاهر (انظر الجدول 48) بالإضافة إلى أن التقييم المتكرر لـ (CRP) البروتين الارتكاسي - C يشكل مشعراً مفيداً في مرافقية الترقى.

إن ذروة CRP > 210 ملغم/ليتر في الأيام الأربع الأولى تنبئ بوجود التهاب بنكرياس شديد بدقة 80%. ومن الجدير بالذكر ملاحظة أن التركيز المصلى للأملاز لا يملك آلية قيمة إنذارية.

E. التدبير:

يتالف التدبير من خصائص عديدة متراوحة:

- إثبات التشخيص وتحديد شدة المرض.

- العلاج البالكير اعتماداً على كون المرض خفيفاً أو شديداً.

- كشف وعلاج الاختلالات.

- علاج السبب الأساسي خصوصاً الحصيات الصفراوية.

يعتمد التدبير البالجي على تسكين الألم باستخدام البيبيدين وتصحيف تقصيم الجسم باستخدام محلول الملح النطامي وأو الماء الغروانية.

يجب أن تدبر كل الحالات الشديدة بــ وحدة العناية المنشدة. يستخدم الخط الوريدي المركزي أو فتحة سوان غالر وكذلك الفتحة البولية لمراقبة المرضى الذين هم في حالة صدمة. يحتاج المرضى ناقصي الأكسجة إلى أوكسجين وقد يحتاج المرضى الذين يتطلور لديهم ARDS إلى دعم للتنفس.

يصحح فرط سكر الدم باستخدام الأنسولين، لكن من غير ضروري تصحيح تقصيم كالسيوم الدم بالحقن الوريدي للكالسيوم ما لم يحدث تكزز.

الرشف الأنفي المعدي غير ضروري ما لم يحدث انسداد الأمعاء الشلل.

التدبية المغوية عبر الأنبوب الأنفي الموي يجب أن تبدأ في مرحلة باكرة عند مرض التهاب البنكرياس الشديد، هؤلاء المرضى هم في حالة تقويدية Catabolic قد يحتاجون دعماً تقدواً. إن التدبية المغوية تقلل من انsum الدم الداخلي وبالتالي قد تتفق الاختلالات الجهازية.

يؤمن بالوقاية من المسمة الخثيرة بجرعة منخفضة من الهيبارين تحت الجلد. استخدام الصادات الوريدية واسعة الطيف وهنالياً مثل ايمپينيم Cefuroxime أو Imipenem قد يحسن التحملة في الحالات الشديدة.

المرضى الناظهرون بالتهاب طرق صفراوية أو يرثون متراافق مع التهاب بنكرياس شديد يجب أن يخضعوا لـ ERCP (الحادي للتشخيص وعلاج تحصي القناة الصفراوية الجامدة). في الحالات الأقل شدة من التهاب البنكرياس الحصوي (يسبب الحصيات الصفراوية) يمكن إجراء ERCP بعد شفاء المرحلة الحادة.

EBM**التهاب البنكرياس الحاد - دور الدعم التغذوي:**

إن التحسن السريع عند مرضي التهاب البنكرياس الحاد يكون أكبر عند أولئك الذين يتلقون تغذية بالأنبوب الأنف الصناعي منه عند أولئك الذين يتلقون تغذية وريدية كاملة.

EBM**التهاب البنكرياس الحاد - دور ERCP:**

إن إجراء ERCP إشعالياً مع خرز المضارة الصفراوية واستخراج الحصاء عندما تحدث حصيات في القناة الصفراوية الجامعية يحسن المحسنة في التهاب البنكرياس الشديد. تحدث الفائدة الأكبر عند أولئك المرضى الذين لديهم التهاب طريق صفراوية ضيق.

تدبير الأختلاطات:

المرضى الذين يتطور لديهم التهاب بنكرياسي نفري أو خراج بنكرياسي يحتاجون إلى إجراء تبخير جراحي للبنكرياس بشكل إجاهي يتبع بتصريف للسرير البنكرياسي. تعالج الكيسات البنكرياسية بإجراء تغييرها إلى المعدة أو العقق وهذا يجرى بعد 6 أسابيع على الأقل حيث تكون المحفظة الكلازية قد تضفت وذلك باستخدام الجراحة المفتوحة أو طريق التقطير الداخلي.

F. الإنذار: (انظر الجدول 48)

رغم التطورات الحديثة في التدبير فإن نسبة الوفيات لم تتبدل عن 10-15%. حوالي 80% من كل الحالات تكون حالات خطيرة مع نسبة وفيات أقل من 5%. تحدث 98% من الوفيات في الـ 20% التي تشكل الحالات الشديدة. تلك الوفيات تحدث في الأسبوع الأول عادة بسبب قصور الأعضاء المتعدد. بعد هذا الوقت تنتهي معظم الوفيات من التجمّع خصوصاً النصر المختلط بالخمى.



الجدول 48: العوامل الإنذارية السينية في التهاب البنكرياس الحاد (معايير غلاسكو Glasgow)

- العمر > 55 سنة.
- الغلوكوز < 10 ميللي مول/ل.
- البولون < 16 ميللي مول/ل (بعد إمالة المريض).
- تراكيز أمين الالاتين (ALT) < 10 × 15 kPa 8 > Po2 / لتر.
- تراكيز الكريات البيض (WBC) < 200 وحدة/ل.
- تراكيز هيدروجين الالاكتات (LDH) < 600 وحدة/ل.
- الأكتيومين > 32 غ/ل.
- كالسيورم المصل > 2 ميلي مول/ل (بعد التصحيف).

شدة الالتهاب والإندار يسوعان كلما كان عدد عوامل الإنذار السينية عند المريض أكثر. يحال كونها أكثر من ثلاثة يقترح كون الالتهاب شديداً.

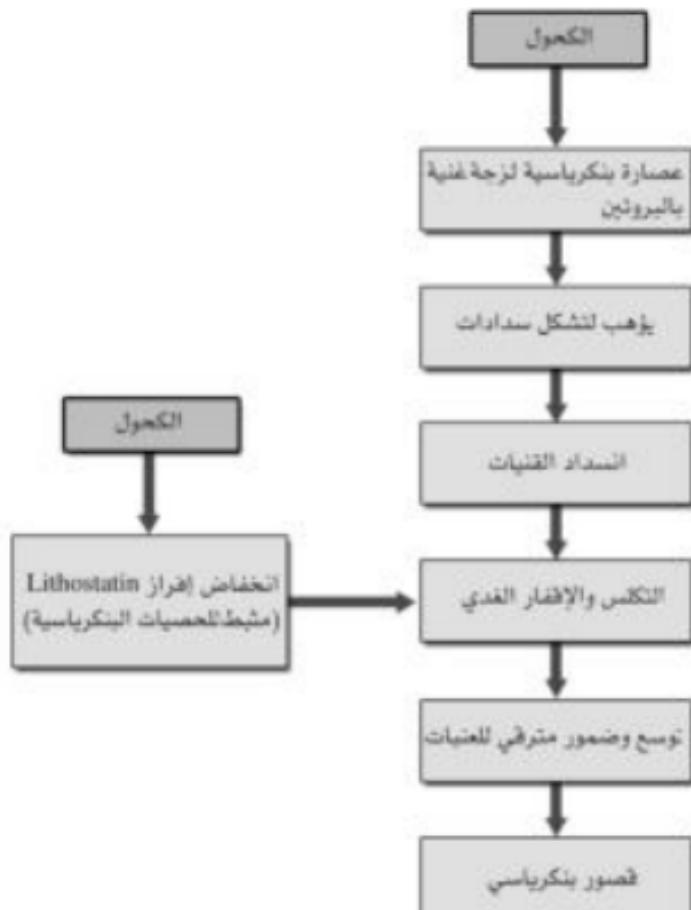
CHRONIC PANCREATITIS

التهاب البنكرياس المزمن

التهاب البنكرياس المزمن هو مرض التهابي مزمن يتميز بتليف وتغمر التسخين البنكرياسي خارجي الإفراز. يحدث الداء السكري في الحالات المتقدمة بسبب إصابة جزر لانفرهانس.

A. الفيزيولوجيا الإمبريقية

حوالي 80% من الحالات في الأقطار الغربية ترجم من الاستعمال الخاطئ للنحول (انظر الشكل 41). في الهند الجنوبية يحدث التهاب بنكرياس مزمن شديد تكثسي عند غير الكحوليين من المحتمل أن يكون نتيجة لسوء التغذية وتناول Cassava (نوع من الطعام). أسباب أخرى مدونة في (الجدول 49).



الشكل 41: الفيزيولوجيا الإمبريقية لالتهاب البنكرياس المزمن.

الجدول 49: أسباب التهاب البنكرياس المزمن.

- تكيس الكحولية.
- مداري.
- انسدادي.
- تشريح محل فائز.
- تلقيب البنكرياس.
- التليف الكيسي.
- وراثي.
- محظوظ السبب.

ملاحظة: معظم المرضى لديهم حصيات صفراوية لكنها لا تسبب التهاب بنكرياس مزمن.

B. المظاهر السريرية:

يسبب التهاب البنكرياس المزمن بشكل رئيسي الرجال الكحوليين ذوي الأعمار المتوسطة. يتضاعف معظم المرض تقريباً بالرغم بطيئ. في 50% يحدث هذا التهاب بنكرياس حاد على الرغم من أن كل هجمة تسبب درجة من الآلام البانكرياسية الدائمة. الألم المزمن المتوفى ببطء بدون سورات حادة يسبب 35% من المرضى به حين أن البافون ليس لديهم ألم بل يتظاهرون بإسهال. ينجم الألم عن المشاركة بين زيادة الضغط في القنوات البنكرياسية وبين الإصابة المباشرة للأعصاب البنكرياسية وحول البنكرياسية بالعملية الالتهابية. قد يخف الألم بالانحناء إلى الأمام أو بشرب الكحول. تقريباً 1/5 المرضى يتناولون المسكك الأفيوتية بشكل مزمن. نقص الوزن شائع ويترافق من المشاركة بين التهاب وتجنب الطعام بسبب الألم بعد الوجبة وسوء الامتصاص والداء السكري. يحدث الإسهال الدهني عندما يتغرب أكثر من 90% من النسج خارجي الإفراز. يتطور سوء امتصاص البروتين فقط في الحالات الأكثر تطوراً. بالمحصلة 30% من المرضى يكونون سكريين لكن يرتفع هذا الشكل إلى 70% عند أولئك الذين لديهم التهاب بنكرياس مزمن تكليس. يظهر الفحص الفيزيائي مريضاً نحيفاً وسمن التقذيف مع محتضن شرسوية. تصبح الجلد فوق البطن والظهر شائع ويتبع من الاستخدام المزمن لزجاجة الماء الساخن (حمامي ab igne). العديد من المرضى لديهم مظاهر الأمراض الأخرى المرتبطة بالكحول والتدخين. الاختلاطات مدونة في (الجدول 50).

C. الاستقصاءات: (انظر الجدول 51)

تجري الاستقصاءات في

- وضع تشخيص التهاب البنكرياس المزمن.
- تحديد وظيفة البنكرياس.
- توضيح الشذوذات التشريحية قبل التدخل الجراحي.

D. التدبير:**I. الاستعمال الخاطئ للكحول:**

إن تجنب الكحول أمر حاسم في إيقاف ترقى المرض وفي إيقاف الألام. لسوء الحظ فإن الاستشارة والمداخلة النفسية نادراً ما تكون ناجحة ومعظم المرضى يستمرون بشرب الكحول.

الجدول 50: اختلالات التهاب البكتيرياس المزمن.

- الكيسات الكلانية والحنين البكتيرياس، ويحدثان في كل من التهاب البكتيرياس الحاد والمزمن.
- الورقان الانسدادي خارج الكبد الناجم عن تضليل حميد في القناة الصفراوية الجامحة حيث أنها تمر عبر البكتيرياس المريضية.
- تنسق العض.
- خثار ورید الباب أو المطحali يؤدي إلى ارتفاع نوثر عاين قطامي ودوالي معدية.
- فرجحة هضمية.

الجدول 51: الاستئصادات في التهاب البكتيرياس المزمن.

اختبارات لإثبات التشخيص.

- فوق الصدى (الأيكو).
- CT (قد يظهر صعور، تكبس، أو توسيع القناة).
- صورة شعاعية للطن (قد تظهر التكبس).
- ERCP منتداً كانت المخصوص غير المازية سلبية أو غير حاسمة (انظر الشكل 42).
- إيكو عبر التنظير الباطني.

اختبارات لوظيفة البكتيرياس:

- جمع بعصارة بكتيرياسية صفراء بعد حقن مادة السيكريتين Secretin (المعيار الذهبي لكنه غاير وقلما يستخدم).
- اختبار PABA Pancreolauryl أو ABA.
- إيلاستاز أو كيموتريسين البكتيرياس في البراز.
- اختبار تحمل السكر الفموي.
- اختبارات التشريح قبل الجراحة.
- ERCP (انظر الشكل 42).

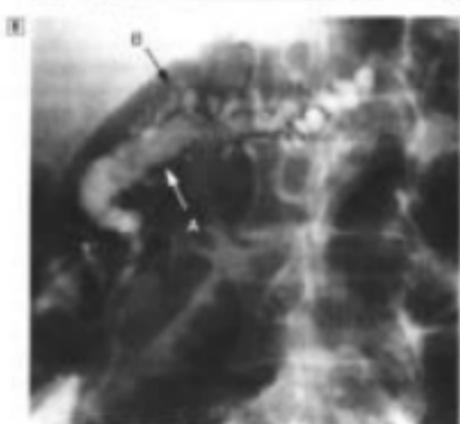
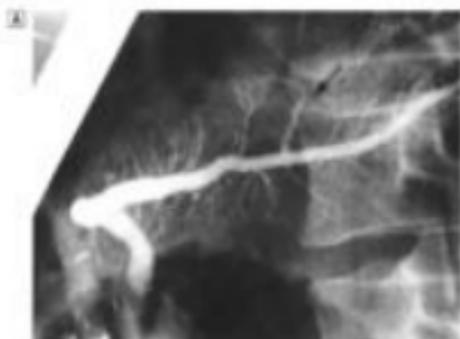
2. تسكين الألم:

إن سلسلة من الأدوية المسككنة خصوصاً مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs هي ذات قيمة. إلا أن الطبيعة الشديدة للألم وعدم رواهه تؤدي غالباً إلى استخدام المستحضر الأفيونى مع خطورة حدوث الإدمان. إن العيوب القمومية للأذى تؤدي إلى توقف الإفراز البكتيرياسي وان استخدامها المنتظم يقلل من استهلاك المسكنات عند بعض المرضى. يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار العلاج البكتيرياسي الجراحي أو التنظيري عند المرضى المستعدين عن الكحول ولديهم المرض مزمن شديد مقاوم للتدابير المحافظة (انظر الجدول 52). إن تحرير أخصاب المنظيرة البطنية أو قطع العصب الحشوي بطريقة غازية باقل ما يمكن وذلك عبر تنظير الصدر يتسبب أحياناً في تسكين طويل الأمد للألم على الرغم من أن التكبس يحدث أخيراً في معظم الحالات.

عند بعض المرضى، لا يظهر ERCP شدةً قابلةً للإصلاح جراحياً أو عبر التنظير الباطني وعند هؤلاء المرضى فإن المقاربة الجراحية الوحيدة هي استئصال البكتيرياس الكامل. لسوء الحظ وحتى بعد هذه العملية سيستمر بعض المرضى بعانون من الألم. علاوة على ذلك يتسبب الإجراء في حدوث الداء السكري والذي من الممكن أن يكون صعب السيطرة مع خطورة عالية في حدوث نقص سكر الدم (حيث يكون تحرير كل من الأنسولين والغلوكاغون غالباً) وهذا يشكل السبب في المرامة وتسبة الوهيات المهمة.

3. الإسهال الدهني

يعالج بتحديد الدهون في الثوت (مع علاج إنسلياً بثلاثيات الغليسريد متوسطة السلسلة للمرضى سيفي التغذية) والمغيضات الفموية من الأنزيم البكتيرياي، يضاف مشيط مضخنة البروتون لحمل PH العلاج ملائماً للمعالجة الأنزيم البكتيرياي.



الشكل 42-42. التهاب البنكرياس المزمن. A: التهاب بنكرياس باكر مع قرود جانبية متعددة بشكل غير منتظم (أنتبه إلى السهم) B: مرض متقدم. قرود مركزية متعددة غير منتظم (أنتبه A) مع قرود جانبية مسدودة غير منتظم (أنتبه B).

الجدول 52. التداخل في التهاب البنكرياس المزمن.

العلاج بالتنظير الباطئ:

- توسيع أو قوية القناة البنكرياسية الرئيسية (أى وضع Stent ضمنها).
- إزالة الحصيات (ميكانيكياً أو بتفتيت الحصى بالأمواج الصارمة).

الطريق الجراحي:

- استئصال البنكرياس الجزء المحافظ على الغص.
- مقاومة المسالم بالبنكرياس.

٤. السكري:

يتحلّب السكري تحديداً مانعات الفحم والمعالجة بالإنسولين.

٥. تسبّب الاختلالات:

قد يكون العلاج الجراحي أو العلاج بالمنظور الباطني ضرورياً في تدبير الكيسات الكاذبة والحبس البنكرياسي وتنبيق القناة الصفراوية الجامحة أو تنبیق العضع وتدمير عواقب ارتفاع التوتر الباهي. أيضاً يحتاج العديد من مرضى التهاب البنكرياس المزمن لعلاج الأمراض المرتبطة بالكحول والتدخين وعلاج عواقب إهمال النفس وسوء التغذية.

تشوهات البنكرياس الخلقية CONGENITAL ABNORMALITIES OF THE PANCREAS**I. البنكرياس المجزأ (المقسمة): (PANCREAS DIVISUM)**

يعود ذلك إلى فشل في التحام القناتين الأصلتين (البدنتين) الظهرية والبطنية خلال النطوير الجنيني للبنكرياس ونتيجة لذلك يحدث معظم التصريف البنكرياسي عبر مجل لاحق صغير أكثر مما يحدث عبر المجل الرئيسي. يحدث تشعب البنكرياس عند 7-10% من الناس الطبيعيين وعادة يكون لا عرضياً.

ينتظر لدى بعض المرضى التهاب بنكرياس حاد أو التهاب بنكرياس مزمن أو الم بطئ لا تموذجي ومن المحتمل أن يكون ذلك سبب أن التصريف عبر المجل الإضافية يكون مقيداً.

II. البنكرياس الحلقي: ANNULAR PANCREAS

في هذا الشذوذ الخلقي، تطوق البنكرياس الجزء الثاني/ الثالث من العضع مؤدية إلى انسداد مخرج المعدة. تترافق البنكرياس الخلقية مع سوء دوران الأمعاء والانسداد الخلقي والشذوذات القلبية.

III. التليف الكيسي: CYSTIC FIBROSIS

الظاهرات المعدية المعوية للتليف الكيسي تشمل الفحصور البنكرياسي وانسداد الأمعاء بالعقي ويمكن أن يحدث أيضاً قرحة هضمية ومرض كيدي وصفراوي.

لكون المفرزات البنكرياسية في التليف الكيسي غنية بالبروتين والمخاط. تشكل المساراة الترجمة الناتجة سدادات تسد القنوات البنكرياسية مؤدية إلى تدمير متوفى في الخلايا العentiue. يكون الإسهال دهنياً بشكل عام وإن الكتلات المتخصمة وكبيرة الحجم من البراز مسؤولة عن حدوث هبوط المستقيم. يزداد سوء التغذية بسبب الاحتياجات الاستثنائية لل FHsor التنفس، ويسبب الداء السكري الذي يتطور عند 40% من المرضى في سن المراهقة. حالياً

كثيراً ما يعيش معظم المرضى على قيد الحياة حتى مرحلة البلوغ، وإن ذرع (اغتراس) قلب ورثة يمكن أن يطيل الحياة إلى أبعد من ذلك. العلاج الملائم لريض التليف الكيسي يعتمد على عمل فريق من أجل مقاربة الاختلالات التقисية والتغذوية والكبدية الصفراوية. الاستشارة التقويمية والترابطية مهمة لضمان تناول أغذية عالية القدرة (الطاقة) بحيث تؤمن 120-150% من المقدار المؤمن به للأشخاص الطبيعيين.

تعد الشحوم مصدراً مهماً للحريرات ورغم وجود الإسهال الدهني فإنه يجب إلا يقيد المدخول من الدهون. من المضروري أيضاً تعويض الفيتامينات الذرئية في الدسم. الأنزيمات البنكرياسية فموياً وبجرعة عالية ضرورية وذلك بجرعات كافية للسيطرة على الإسهال الدهني وتواتر الفالط. تساعد مثبتات مضخة البروتون في هضم الدهون وذلك بإحداث PH بعضوي ملائم. عادة يتطلب المرضى المسكريون حقن إنسولين أكثر مما يتطلبون العوامل الفموية الخافضة لسكر الدم.

التسداد الأمعاء بالعقم:

يمكن للسدادات الفنية بالمخاطر تتضمن محتويات الأمعاء أن تسد الأمعاء الدقيقة أو الغليظة. يعالج انسداد الأمعاء بالعقم بالعامل الحال للمخاط N-اسيثيل سيسنتين المعطر فموياً أو بمحضنة غاستروفغرافين أو بفضل المعوي باستخدام بولي إيثيلين غلايكول. قد يكون القطع الجراحي ضرورياً في الحالات المعندة من انسداد الأمعاء بالعقم.

أورام البنكرياس

TUMOURS OF THE PANCREAS

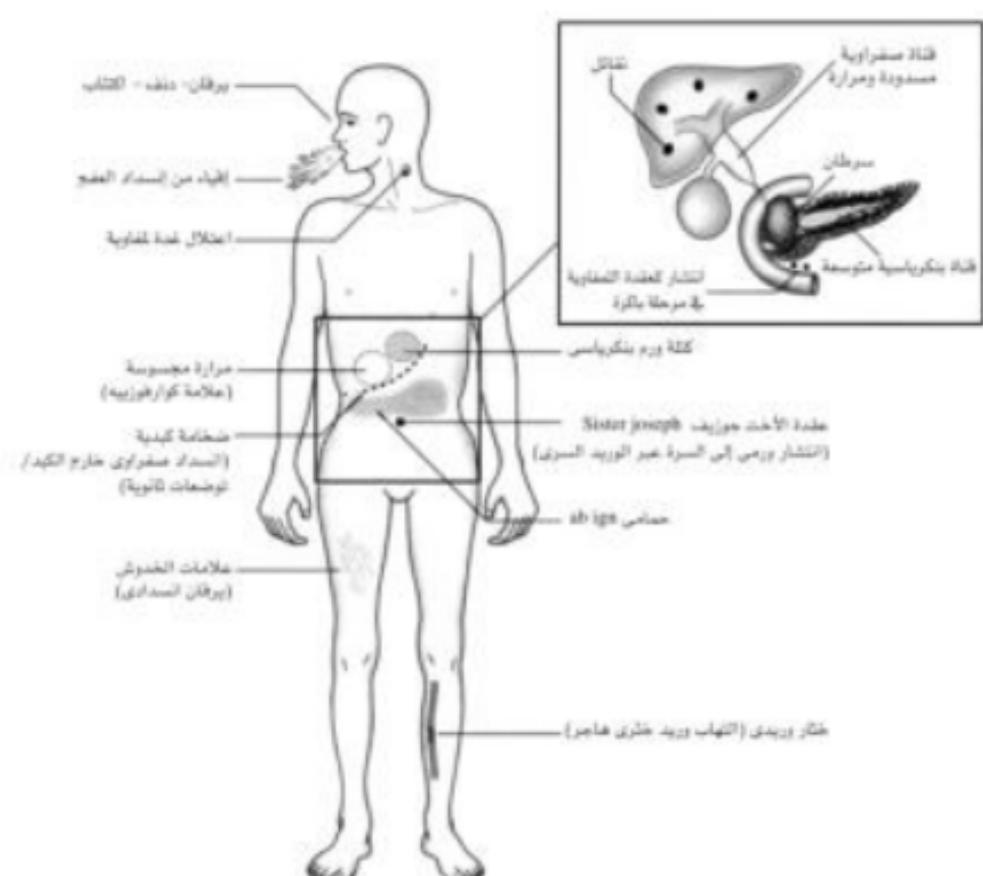
تصيب سرطانة البنكرياس 10-15 من كل مئة ألف في المجتمعات الغربية. ترتفع إلى 100 من كل مئة ألف عند ذوي الأعمار الأكبر من 70 سنة، يصاب الرجال أكثر بمرتين من النساء. يترافق هذا المرض مع التدخين والتهاب البنكرياس المزمن، 5-10% من المرضى لديهم استعداد وراثي (التهاب البنكرياس الوراثي، MEN، سرطان الكولون الوراثي اللامي) (غير مترافق مع داء السيللات) ويرمز له HNPCC).

٨. الإمراضية:

حوالي 90% من أورام البنكرياس هي سرطانات غدية تنشأ من القنوات البنكرياسية. تصيب هذه الأورام البنكرياسية وتنتقل إلى العقد اللمفية الناحية في مرحلة باكرة. في وقت ظهور المرض (اعطائه أعراض) فإن معظم المرضى يكون المرض متقدماً لديهم. إن السرطانات الغدية المجلية أو حول الجلدية هي أورام نادرة وتشمل من مجل هاتر أو من الفرج المجاور وغالباً ما تكون هذه الأورام سيلاتية (مرجلانية) ومتفرحة وترتبط في العفع إلا أنها تسلك سلوكاً أقل عدوانية من السرطان البنكرياسي الغدي. السرطانة الكيسيّة الغدية نادرة جداً وهي تنمو ببطء، وتشمل عادة من رأس البنكرياس وتتميز بتشكيل كيسة مخاطية وفي معظم الأحيان تحدث عند النساء متوجهن بالعمر.

B. المظاہر السريرية:

تشمل المظاہر السريرية للسرطان البنكرياسي الآلام ونقص الوزن والبرقان الانسدادي (انظر الشكل 43). ينتجه الآلام من غزو المضفيرة البطنية (الزالاقية) وبشكل مميز يكون مستمراً وثاقباً وهو غالباً ما ينتشر من أعلى البطن باتجاه المظهر ويمكن أن يعطف قليلاً بالانحناء إلى الأمام. تقريراً كل المرضى لديهم نقص وزن ويكون العديد منهم مدققين، ويكون نقص الوزن نتيجة للتهم والإسهال الدهني والتآثيرات الاستقلالية للتورم. حوالي 60% من الأورام تنشأ من رأس البنكرياس وإن إصابة القناة الجامدة تتسبب في تطور برقان انسدادي وغالباً مع حكة شديدة. قناة صفراوية جامعة مسدودة ومرارة متعددة



الشكل 43: مظاہر السرطان البنكرياسي.

يُظهر كلّة من المرضى بإسهال أو إقياء بسبب انسداد المُلْعَج أو يُظهرون بداء سكري أو خثار وريدي متكرر أو التهاب بنكرياس حاد أو الكتناش. يظهر الفحص السريري دليلاً على نقص الوزن وعادةً ما يكون هناك كتلة بطنية ناجمة عن الورم نفسه أو مراة محسوسة أو عن النقالل الكبدي. إن وجود مراة محسوسة عند مريض لديه برقان عادةً ما يكون نتيجة لانسداد صفراوي بعيداً عن سرطان البنكرياسي (علامة كوارفوزييه -Courvoisier s).

C. الاستقصاءات:

عندما يُظهر مريض برقان ركودي ثابت كيماوريا حيوياً فإن التشخيص يتم عادةً بواسطة الإيكو والـ CT (انظر الشكل 44). غالباً ما يتأخر التشخيص عند المرضى الذين ليس لديهم برقان بسبب أن الأعراض المبكرة تكون تسبباً غير نوعية. يجب أن يخضع المرضى المؤهلين والذين لديهم أورام صفراوية موئضة إلى تقييم للمرحلة لتحديد القابلية للعمل الجراحي.

إن تنظير البطن مع الإيكو بتنظيم البطن سوف يحدد حجم الورم وأشتمال الأوعية الدموية بالإصابة وامتداد النقالل. عند التعرض غير الملائم للجراحة بسبب الترusion المتقدم أو جود مرض ويبيل مراهق أو مرض مضاعف فإن الفحص الخلوي أو الخزعة الماخوذتين بتوجيهه للـ CT أو الإيكو يمكن أن تستخدمن لإثبات التشخيص. إن الإيكو بالتنظير الباطني معأخذ رشافة بالإبرة الدقيقة FNA يستخدم لتحديد الغزو الوعائي والحصول على دليل خلوي للتشخيص. إن ERCP طريقة حساسة في تشخيص السرطان البنكرياسي وهي ذات قيمة عندما يكون التشخيص مشكوكاً به على الرغم من أن التقرير بين السرطان والتهاب البنكرياس المزمن الموضع يمكن أن يكون صعباً. الدور الرئيسي لـ ERCP هو في إدخال قاتل (ستنت) داخل القناة الصفراوية الجامحة لتخفيف اليرقان الانسدادي.



الشكل 44: سرطان رأس البنكرياسي. CT لجزء من الكبد يُظهر كتلة في رأس البنكرياسي.

i

الجدول 53: الأورام البنكرياسية الغدية ذات الإفراز الداخلي.

التأثيرات	الهرمون	الورم
فرحة فحصية واسهال دهن.	لهاسترين.	غاسترنتوما.
نقص سكر دم متكرر.	السولين.	السولينوما.
اسهال مائي وتقصس بوتاسيوم.	VIP.	فيبيوما.
داء السكري، الحمامات الخربة الهاجرة.	الغلوكاغونون.	الغلوكاغنوما.
داء سكري واسهال دهن.	سوماتوستاتين.	سوماتوستاتينوما

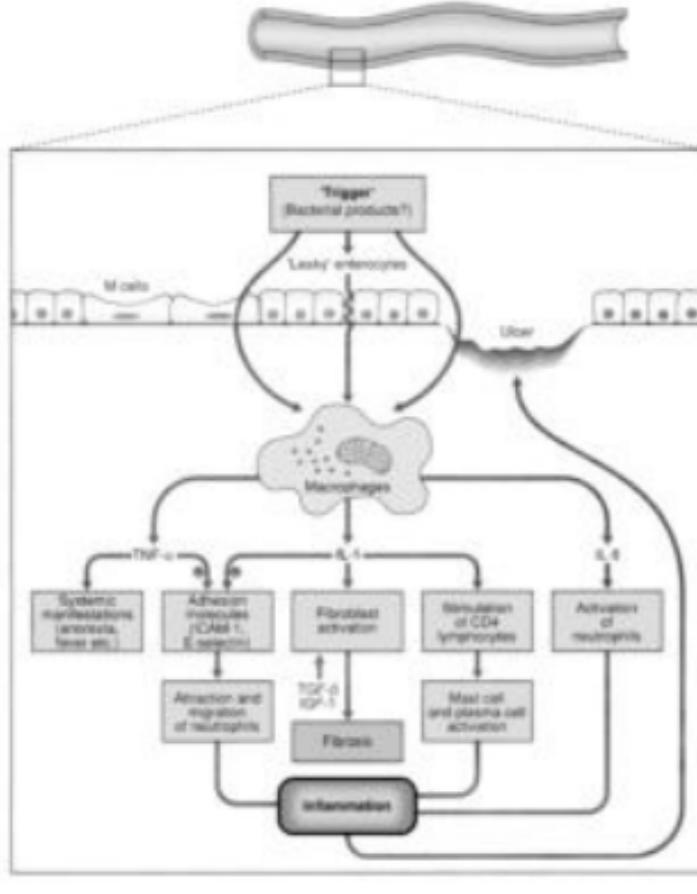
D. التدبير:

الاستئصال الجراحي هو الطريقة الوحيدة للشفاء الحقيقي. لا يمنع العلاج المساعد الكيماوي أو الشعاعي أي هؤال إضافة واضحة. لسوء الحظ فإن مجرد 15% من الأورام تكون قابلة للاستئصال الشامل حيث أن معظم الأورام تكون متقدمةً موضعياً وقت التشخيص. عند الفحص العظيم من المرضى يقوم العلاج على تخفيف الألم والبرقان الانسدادي. ينجز تسكين الألم باستخدام الأدوية المسكّنة وعند بعض المرضى يتم ذلك بتحريير أعصاب المضفيرة البطنية وذلك بحقن القبب عبر الجلد أو عبر التطهير وذلك بتوجيه الإيكو. يتم تلطيف البرقان بواسطة إجراء مقاييس القناة الجامعية بالعنق عند المرضى الملائمين لذلك وتستخدم القولبة (وضع Stent) عبر التطهير أو عبر الجلد عند المستعين أو عند المرضى الذين يكون المرض عندهم متقدماً جداً. حوالي 25% من المرضى الذين يخضعون لاستئصال أورام الجل أو أورام حول الجل يطرون على قيد الحياة لخمس سنوات خلالاً لمرضى سرطان القناة البنكرياسية والذين يعيشون منهم 3-5% على قيد الحياة لخمس سنوات.

:ENDOCRINE TUMOURS

وهي تتباين من التسريح الغدي الصماء العصبي الموجود ضمن البنكرياس ويمكن أن تحدث متراقبة مع قدرمات جارات الدرق والخدمات النخامية (MEN1). معظم الأورام الغدية الصماء غير مفرزة وعلى الرغم من أنها خبيثة فإنها تنمو ببطء وتتعطى تناقل في وقت متأخر. أورام أخرى تفرز هرمونات وتتباين بسبب تأثيراتها الغدية الصماء (انظر الجدول 53). الأورام البنكرياسية الغدية الصماء العصبية يمكن أن تكون وحيدة إلا أنها كثيرةً ما تكون متعددة المقرن وتتشابه من مجموعات أخرى من الخلايا الغدية الصماء العصبية المشتقة من نسج المعرف العصبي ويعين مكانها بواسطة الـ CT والإيكو عبر التطهير الباطني.

¹¹¹ In DTPA الموسم . حسام جدأ في تشخيص الورم المفرز للغلوكاغون Glucagonoma



الداء المعي الالتهابي INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

التهاب الكولون القرحي وداء كرون هي أمراض معوية النهائية مزمنة تتبع نمطاً مطولاً من التكس والهجوع يمتد عادة لسنوات. لهذين المرضين مشابهات عديدة ومن المستحيل أحياناً التفريق بينهما. يوجد اختلاف حاسم وهو أن التهاب الكولون القرحي يصيب فقط الكولون بينما يمكن داء كرون أن يصيب أي جزء من السبيل المعدني المعوي من الفم حتى الشرج. إن معدل حدوث الداء المعوي الالتهابي (IBD) يختلف بين الشعوب على نحو واسع. يبدو أن داء كرون نادر جداً في العالم النامي وعلاوة على ذلك فإن التهاب الكولون القرحي على الرغم من أنه لا يزال غير مألوف إلا أنه أكثر شيوعاً. إن معدل حدوث التهاب الكولون القرحي في الغرب ثابت عند 10 من مئة ألف بينما يزداد معدل حدوث داء كرون وهو الأن 5 - 7 من كل مئة ألف. الأكثر شيوعاً أن كلاً من المرضين يبدأ في سن الشباب مع ذروة حدوث ثانية في العقد السابع.

A. الآلية الإentiافية:

إن كلاً من العوامل الجينية والبيئية متورطة في الآلية الإentiافية (انظر الجدول 54). تشمل العوادت الخلوية المتورطة في الآلية الإentiافية داء كرون و التهاب الكولون القرحي لتفعيل البالعات والخلايا المفاوية والخلايا مخصوصة النوع مع تحرر الوسانط الالتهابية وهذه العوادت توضح أهداف المداخلة العلاجية المستقبلية (انظر الشكل 45).

B. التشريح المرضي:

في كلاً المرضين يترشح الجدار المعوي بخلايا التهابية حادة ومزمنة. توجد اختلافات مهمة في توزيع المرض وبالأخص المظاهر التسيجية (انظر الشكل 46).

C. التهاب الكولون القرحي:

بشكل ثابت فإن الالتهاب يشمل المستقيم (التهاب المستقيم). قد يمتد للأعلى ليصيب الكولون السيني (التهاب المستقيم والسين). وعند القلة يصاب كل الكولون (التهاب الكولون الشامل). تكون الإصابة الالتهابية متواصلة (متدمجة دون انقطاع) وتكون أكثر شدة كلما اتجهنا بالاتجاه القاسي.

في التهاب الكولون الشامل طولياً الأمد فإن الأمعاء تصبح قصيرة وتتطور سيلات كاذبة وهذه تشكل المخاطية المنشقة الطبيعية أو مفرطة التنسج الموجودة ضمن مناطق من الضمور. تسبباً تكون العملية الالتهابية محدودة

بالمخاطية وتغزف عن المطبقات الأعمق من جدار المعي (انظر الشكل 47) ترتفع كلًّا من الخلايا الالتهابية الحادة والمزمنة في المصيحة المخصومة والخبيايا (التهاب الخبيايا).

تكون خراجات الخبيايا نموذجية. تفقد الخلايا الكاسية مخاطتها وتألة الحالات طولية المكث تصبح الغدد مشوهة. تميز عسرة التنسج بنكوم Heaping الخلايا ضمن الخبيايا وباللامتطبة التوروية وزيادة سرعة ومعدل الانقسام الفتيلي وهذا قد ينذر بتطور سرطان الكولون.

i

الجدول 54. الموارد التترافق مع تطور الداء الموي الالتهابي

جينية (مورثية):

• أكثر شيوعاً عند اليهود الأشكناز.

• 10٪ لديهم آقارب درجة أولى مصابون بالداء الموي الالتهابي أو على الأقل لديهم قريب حميم واحد لديه داء موي التهاب.

• توافقية عالية بين التوائم الحقيقية.

• التوافق مع التهاب الدرق الشائع الذائي و SLE.

• أربع مناطق ارتباط على الصيغيات 16, 12, 6, 14 (IBD 1-4).

• HLA-DR103 تترافق مع التهاب كولون قرحي شديد.

• إن مرض التهاب الكولون القرحي وداء كرون مع HLA-B27 من الشائع أن يتطور لديهم التهاب هنشار لاصق.

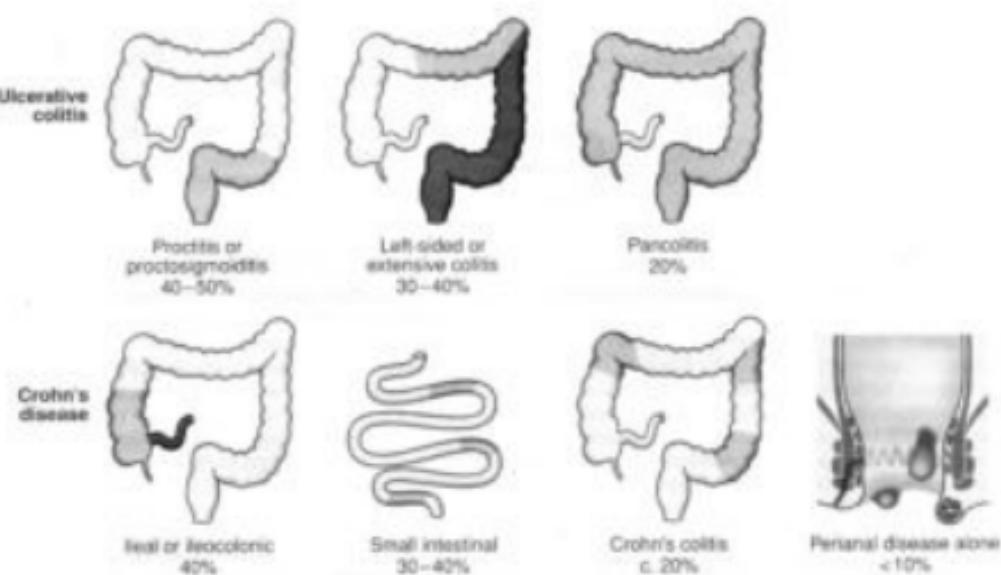
جينية:

• التهاب الكولون القرحي أكثر شيوعاً عند غير المدخنين وعند المدخنين السلبيين.

• معظم مرضى داء كرون مدخنين (خطورة نسبية = 3).

• تترافق مع الغذاء الغني بالسكر المكرر وقليل الفضلات.

• استئصال الزائدة الدودية يحمي من التهاب الكولون القرحي.



الشكل 46: الأنماط الشائعة لتوسيع المرض في النساء المصابات بالانتهاب التراكبية المتوزع شائع في داء كرون.



الشكل 47: الالتهاب الكولون القرحي تسببياً. الالتهاب محدد في المخاطية مع خلايا التهابية زائدة في الصفيحة الخصوصية، وقدت الخلايا التكاسية وطرأمات الخبيايا (السهم).

2. داء كرون:

الواقع الأكثر شيوعاً من حيث الإصابة حسب ترتيب تواترها هي: اللقانقي الانتهائي والجانب الأيمن من الكلوون، الكلوون لوحده، اللقانقي الانتهائي لوحده، اللقانقي والصالتم. بشكل مميز يكون كامل جدار المعي متوفداً ولخياناً. توجد فرحيات عميقة تبدو غالباً كشقوق خطية، لذلك فإن المخاطية بينها توصيف بالحجارة المرسومة. قد تتعدد الفرحيات العميقة عبر جدار المعي لتبدأ بتشكيل الخراجات أو التوسير. قد تتطور التوسير بين الغرّى المعاوّة للتجاوّرة أو بين القطع المعاوّة من المعي وبين المثانة أو الرحم أو المهبل وقد تظهر حول الشرج. بشكل مميز تكون التجددات بقعية. حتى عندما تكون قطعة صغيرة نسبياً من الأمعاء معاوّة فإن العملية الالتهابية تكون متقطعة بجزء من مخاطية طبيعية ويكون الانتقال من الجزء المصاب إلى الجزء الطبيعي بشكل مفاجئ.

الأفة الصغيرة المنعزلة عن المنطقة المطلمن المعاوّة يشار إليها بالأفة القاذفة "Skip". تكون العقد المفاوية المساريقية متضخمة والمساريقا متختلة. نسبياً يرى الالتهاب المزمن عبر كل طبقات جدار المعي والذي يكون ثخيناً نتيجة لذلك. (انظر الشكل 48). توجد تكستات موضعية من الخلايا الناسجة الظهاراتية والتي قد تكون معاوّة بخلايا مفاوية وتحوي خلايا عمرمة. ترى أيضاً التكستات المفاوية أو الحبيبات الصغيرة وعندما تكون قريبة من سطح المخاطية فإنها غالباً ما تتقرّج لتشكل فرحيات صغيرة جداً شبيهة بالقلاء.

C. المظاهر السريرية:

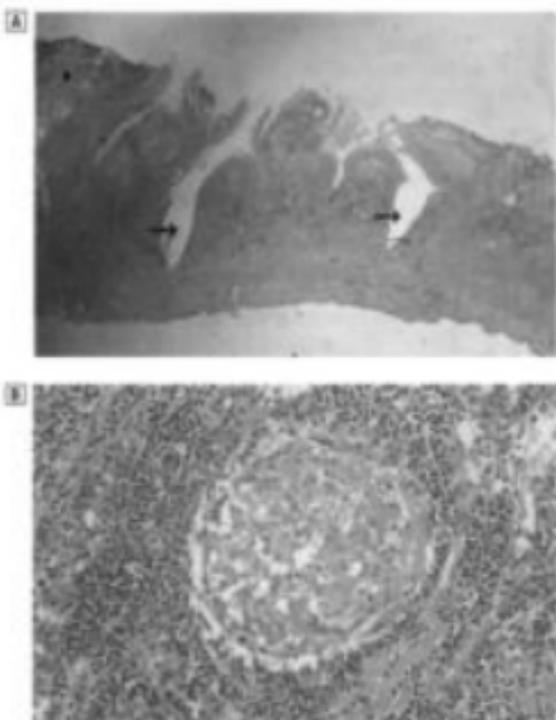
I. التهاب الكلوون القرحي:

عادة تكون الهجمة الأولى هي الأشد وبعد ذلك يتبع المرض بنوب تكس ونوب هجوم.

فقط قلة من المرضى لديهم أعراض مزمنة غير هاجمة، الشدة العاطقة أو الإنفلان العارض أو التهاب المعدة والأمعاء أو العلاج بالصادات أو بمضادات الالتهاب اللااسترويدية قد تحرّم التكس. تعتمد المظاهر السريرية على مكان وقوعية المرض. يسبب التهاب المستقيم ترقّقاً مستقيميةاً ونجيحاً مخاطيلياً يترافق أحياناً بزفير، يحدث لدى بعض المرضى براز متعدد مائي قليل الحجم بينما يكون لدى الآخرين إمساك وبراز حبيبي (شكل كرات صغيرة). لا تحدث أعراض بنوية.

يسبب التهاب المستقيم والمسين إسهالاً مدمى مع مخاط. تقريباً كل المرضى تكون حالاتهم حسنة من الناحية البنوية ولكن القلة القليلة الذين لديهم مرض محدود وفعال جداً يتطور لديهم حصى ورسن وعدم ارتياد بطيء.

يسبب التهاب الكلوون الواسع إسهالاً مدمى مع مرور مخاط. في الحالات الشديدة يحدث قفهم ودمعه ونفحة وزن وألم بطيء ويكون المريض في حالة سمية مع حمى وتسريع قلب وعلامات التهاب بريتون (انظر الجدول 55).



الشكل 55-48، داء كرون تسببياً. A: الالتهاب عابر للجدار، يوجد نقرح مع فقد المتماثرية السطحية وفرحات شقية (على شكل شفوق) عميقаً تتدلى تحت المخاطية (الأسم). B: التكبير الأعلى يرى حبيبات غير تحبسن مغير.

الجدول 55: تقدير شدة المرض في التهاب الكولون القرحي.

شديد	غليظ	
أكثر من 6	أقل من 4	التواء الموي الدوسي
+++	-/+	دم بـ البراز
أكثر من 400	أقل من 200	حجم البراز/24 ساعة
أكثر من 90	أقل من 90	التباطؤ /
< 37.2 يومين لأربعة أيام	طبيعية	الحرارة (م)
دم في اللعنة	ملبيين أو مخاطية حبيبية	تنفس السين
معن متواضع و/أو جزر مخاطية	طبيعية	صورة شعاعية لتنفس
أقل من 100	ملبيين	هيموغلوبين غ/ل
30 <	طبيعي	ESR (ملم/سا)
30 >	35<	اليومين الفصل غ/ل

يعتمد التظاهر على الموقع الرئيسي للإصابة، تسبب إصابة الثالثي آلامًا بطنيةً وذلك بشكل رئيسي بسبب الانسداد المعي تحت الحاد على الرغم من أن الكثافة الالتهابية أو الخراجة داخل البطن أو الانسداد الحاد قد يكون مسؤولاً عن ذلك.

غالباً ما يترافق الألم مع إسهال مائي لا يحوي دمًا أو مخاطاً. تقريباً كل المرضى لديهم نقص وزن وعادة يكون ذلك بسبب تجذبهم الطعام حيث أن الأكل يضر من الألم لديهم. قد يكون نقص الوزن ناجماً أيضاً عن سوء الامتصاص ويظهر في بعض المرضى بظاهر عوز الدهون أو البروتين أو الفيتامين.

يظهر التهاب الكولون في داء كرون بطريقة مشابهة لالتهاب الكولون القرحي وذلك بإسهال مدمى مع مرور مخاط ووجود أمراض بنوية تشمل الوسن والدمع والقهم ونقص الوزن. إن عدم إصابة المستقيم وجود المرض حول الشرج هي مظاهر تتماشى مع داء كرون أكثر مما تتماشى مع التهاب الكولون القرحي.

يظهر العديد من المرضى بأعراض الأمعاء الدقيقة ومرض الكولون كليهما. القليل منهم لديهم مرض حول الشرج معزول أو إثناء من تضيقات صنالية أو تقرحات هموية شديدة. يظهر الشخص الفيزيائي غالباً على نقص الوزن وفقر الدم مع التهاب لسان والتهاب زاويتي الفم. يوجد مرض بطيء أكثر ما يكون ومتواحاً فوق المنطقة الملتيبة. قد تحدث كثرة بطانية ناجمة عن العرق المتبدلة للمعوي المتاخن أو عن خراج داخل البطن. توجد مياسم جلدية Skin tags حول الشرج أو شقوق أو توسيع حول الشرج على الأقل لدى 50% من المرضى.

D. الاختلاطات:

1. المغوية:

* التهاب الكولون الشديد المهدد للحياة: يحدث هذا في كل من التهاب الكولون القرحي و داء كرون، في الحالات الأكثر شدة يتسع الكولون (الكولون العرطل السعدي) وتغير السعوم الجرثومية بعمريه غير المخاطية العلية إلى الدوران البابي ومن ثم إلى الدوران الجهازي. يحدث هذا الاختلاط بشكل أكثر شيوعاً خلال الهجمة الأولى من التهاب الكولون ويتميز بظاهر موسومة في (الجدول 55). الصورة الشعاعية للبطن يجب أن تؤخذ يومياً لأنها عندما يتسع الكولون المعترض لأكثر من 6 سم (انظر الشكل 54) فإنه توجد خطورة عالية لانقباض الكولون وحدوث التهاب بريتون معمم ومن ثم الوفاة.

* انتصاب الأمعاء الدقيقة أو الكولون: يمكن لهذا أن يحدث بدون تطور حدوث الكولون العرطل السعدي.

* التزلف الحاد المهدد للحياة: التزلف الناجم عن تناول شربان كبير هو اختلاط نادر لكلا الحالتين.

* **الناسور والمرض حول الشرج:** الاتصالات النسوزية بين العروى المعاوية المصابة أو بين المعاي وبين المثانة أو المهبل هي اختلاطات نوعية لداء كرون ولا تحدث في التهاب الكولون القرحي . بسبب التواصير المعاوية - المعاوية إسهالاً وسوء امتصاص ناجم عن متلازمة العروة المعوية . بسبب التوسير المعاوي الثاني إنتانات بولية متكررة وبيلة غازية . وبسبب الناسور المعاوي المهبلي مفرزات مهبلية عكرة (برازية) . التوسير من المعاي قد يسبب أيضاً خراجات أو شقوق أو تواصير حول الشرج أو إسکية مستقيمية . وهذه قد تكون أحياناً شديدة للغاية ويمكن أن تكون مصدرأً لمراضة كبيرة .

* **السرطان:** المرضى الذين لديهم التهاب كولون واسع فعال لاكثر من 8 سنوات هم على خطورة زائدة لحدوث سرطان الكولون . الخطرة التراكبية لالتهاب الكولون القرحي قد تكون مرتفعة حتى 20% بعد 30 سنة لكنها من المحتمل أن تكون أقل بالنسبة لالتهاب الكولون في سياق داء كرون . تتطور الأورام في مناطق عسر التنسج وقد تكون متعددة . السرطان الذي للأمعاء الدقيقة هو اختلاط نادر لإصابة الأمعاء الدقيقة طويلة الأمد في سياق داء كرون .



الشكل 49. الاختلاطات الجهازيّة للداء المعاوي الالتهابي.

لذلك يوضع مرضى التهاب الكولون الواسع طوبل المكث على برامج مراقبة بتنظير الكولون تبدأ بعد 8-10 سنوات من التشخيص.

تؤخذ خزعة عشوائية متعددة كل 10 سم من كامل الكولون وتؤخذ خزعات إضافية من الناطق المرتفعة أو المترفرحة. تصنف تبدلات عسرة التنسج في درجات بواسطة التصريح المرضي إلى درجة منخفضة أو درجة مرتفعة. إن تقدير الخزعات أمر شخصي ووجود الالتهاب الفعال يجعل تحليل عسرة التنسج صعباً جداً. المرضى الذين ليس لديهم دليل على وجود عسرة تنسج أو الذين لديهم فقط عسرة تنسج منخفضة الدرجة يفحوصون كل سنة أو كل سنتين، بينما أولئك الذين لديهم عسرة تنسج من الدرجة المرتفعة يجب أن يؤخذوا بعين الاعتبار من أجل استئصال كامل الكولون والمستقيم بسبب الخطورة العالية لتطور سرطان الكولون.

٢. خارج معوية:

يمكن أن يعتبر الداء الموي الالتهابي كمرض جهازي وعند بعض المرضى تسيطر الاختلاطات خارج المعوية على الصورة السريرية. بعض هذه الاختلاطات يحدث خلال نكس المرض الموي، اختلاطات أخرى تحدث دون ارتباط مع فعالية المرض الموي (انظر الشكل 49).

E. التشخيص التصفيي (انظر إلى الجدولين 56 و 57)

١. التهاب الكولون القرحي:

الصعوبة التشخيصية الرئيسية هي في تمييز الهجمة الأولى لالتهاب الكولون الحاد عن الإنفلان. على العموم فإن الإسهال الذي يستمر أكثر من عشرة أيام في الأفتخار القربي من غير المحتمل أن يكون ناتجاً عن إنفلان.

قصة السفر للخارج (دولة أجنبية) أو التعرض لل Cassidyات (التهاب الكولون الغشائي الكاذب) أو التماس الجنسي المتماثل. كل ذلك يقترح الإنفلان. إن الفحص المجهرى للبراز وزرع البراز والفحص من أجل كشف سوء المطهية الصعبية أو الفحص لتحري البيوض والكيسات وتنظيم السين وجزعة المستقيم وزروع الدم والاختبارات المصلية للإنفلان. كل ذلك يكون مفيداً.

٢. اصابة الأمعاء الدقيقة في داء كرون :

يمكن عادة داء كرون أن يشخص بدون إثبات تصميجي في حال الوضع السريري الملائم. إن تقرير سلة الكريات البيضاء الموسومة بالإندروüm أو بالتكثيف قد تساعد في تحديد الأجزاء المغوية الملتيبة. في الحالات غير التموجية فإن الخزعة أو القطع الجراحي ضروري لاستبعاد الأمراض الأخرى (انظر الجدول 57). هذا يمكن أن يجري بالتنظير الباطني عبر تثبيت اللقائفي بتنظير الكولون ولكن أحياناً يكون من الضروري إجراء فتح بطن أو تنظير بطن مع إجراء قطع أو خزعة كاملة التخالفة.

الجدول 56 الحالات التي يمكن أن تؤدي التهاب الكولون القرحي أو التهاب الكولون في سياق داء كرون.

<p>غير مرضية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التهاب المستقيم بالحلايبسيط. • التهاب المستقيم بالكلاميديا. • الحمة المصعدة للخلايا CMV. • الـE. coli 0:157. • التهاب المستقيم بالكوراتينية. • التهاب الكولون العشان الكاذب. 	<p>انتانية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جرثومية: • سلمونيلا. • الشيفلا. • كامبيوباكتر الصالحة. • <i>E. coli</i> 0:157. • داء بهجت.
<p>دوائية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مضادات الالتهاب الستيرويدية. 	<p>وعائية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التهاب الكولون الاقصاري.

برسمية:

- سرطان الكولون الشعاعي.

مجهمولة السبب:

- التهاب الكولون الكولياجيني.

آخر:

- التهاب الرئتين.

الجدول 57 التشخيص التفريقي لاصابة الاعضاء الدقيقة في داء كرون.

<ul style="list-style-type: none"> • اسباب اخرى لكتلة في الحفرة الحرقفيية اليمنى. • الداء العقد المساريقية. • الداء العودس الالتهابي. • المقوما. 	<ul style="list-style-type: none"> • سرطان الأمعاء. • خراج زاندي.
<ul style="list-style-type: none"> • انتان (كدرن، يرسنة، المطار الشعن <i>Actinomycosis</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • شلل، الاسباب الاخرى نادرة.

F. الاستقصاءات:

وهي تثبت التشخيص وتحدد توزع المرض وفعاليته وتعين الاختلالات النوعية.

1. الاختبارات الدموية:

ينجم فقر الدم عن النزف او عن سوء امتصاص الحديد او حمض الفوليك او فيتامين B12. ينبع ترکيز الاليومين المصلي نتيجة للاعتلال الموي المطبع للبروتين وذلك يعكس وجود مرض فعال وواسع او ينبع نتيجة لسوء التغذية. ترتفع ESR في السورات او بسبب خراج. ارتفاع ترکيز CRP مفيد في مراقبة فعالية داء كرون.

ANSWER KEY - LEVEL 2

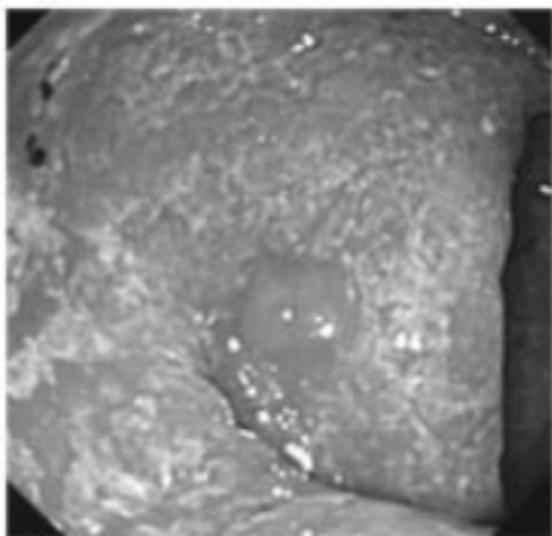
تجربى ذروة المراز لاستبعاد الاتهاب المعوى الالتهابي (العارض على المرضى الأصلي) عند المرضى الذين يظهرون سمات الداء المعوى الالتهابي.

ينصح أيضاً بزرع الدم عند المرضى الذين لديهم التهاب كولون معروف أو الذين لديهم داء كرون ومتطرور

3- التحليل المالي

إن تطهير السنين معأخذ خرارات هو استئصال بسيط وأساسي لكل المرضين الذين يتظاهرون بآسها (انظر الشكل 50). عدم إصابة المستقيم والمريض حول الشرج والقرحات المتقرفة تقترن وجود داء كرون أكثر مما تقترب وجود التهاب الكولون المرحس.

قد يظهر تطهير الكولون التهاباً فعالاً مع سليلات كاذبة أو كارسينوما مختلفة. تزداد خزعات لتجدد امتداد المرض حيث أن تقدير امتداد المرض يكون ناقصاً بالاعتماد فقط على المظاهر المشاهدة بالتطهير الباطني، وكذلك تزداد الخزعات للبحث عن عسرة التسخين عند المرضى الذين لديهم التهاب الكولون ملubil الأذرع.



الشكل 50. مظاهر متطرفة للسین لارتفاع كولون فرجي فعال بشكل متوسط. المخاطنة حمامية وهشة مع نزف. الأدوية الدموعية تحت المخاطنة لم تهدئ مرتلية.

في التهاب الكولون القرحي فإن الشذوذات المشاهدة بالفحص العيادي والتحسسي تكون متعددة (مستمرة دون انقطاع) وأكثر شدة في الكولون البعيد والمتليئ.

لا يحدث تشكل للتضيق في غياب السرطان. في التهاب الكولون في داء كرون فإن الشذوذات المشاهدة بالتنظير الباطني تكون بقعة مع وجود مخاطية طبيعية بين مناطق الشذوذات وتكون القرحات الشبيهة بالقلاء أو القرحات الأعمق والتضيقات شائعة.

4. دراسات الباريوم:

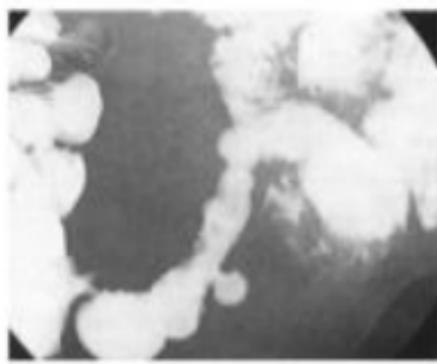
إن رحضة الباريوم هي استقصاء أقل حساسية من تنظير الكولون في استقصاء التهاب الكولون. في التهاب الكولون القرحي طويل الأمد فإن الكولون يكون قصيراً ويفقد الثبات (القببيات) ليصبح أنبوياً وتشهد السليلات الكاذبة. (انظر الشكل 51). في التهاب الكولون في داء كرون تحدث سلسلة من الشذوذات. قد تكون المظاهر معاقة لتنفس المشاهدة في التهاب الكولون القرحي ولكن الآفات القاذفة والتضيقات والقرحات الأعمق تكون مميزة (انظر الشكل 52). الجزء Reflux إلى اللقائي الانتهائي قد يظهر التضيق والقرحات. تكون دراسات التباين للأمعاء الدقيقة طبيعية في التهاب الكولون القرحي ولكن في داء كرون تكون النماطل المصابة متخصصة ومنقرحة وتكون التضيقات المتعددة شائعة (انظر الشكل 53).



الشكل 51: رحضة الباريوم تظهر كولوناً قصيراً وقدراً للشتبيات والسليلات الكاذبة والتفرج الدقيق (السهم)



الشكل 52: داء كرون اللثالي الكولوني، رحضة الباريوم تظهر مستديعاً وكولوناً سينياً طبيعيين، التقرح القلاعي التموجي في الكولون النازل، التقرح (السهم) وفقد التببات في الكولون المفترض، الكولون المساعد والأعور طبيعيان ويوجد داء كرون تموجي يهدىء اللثالي الانهائي مع تقرح خشن وتساوه وقدد الطيات المخاطية.



الشكل 53: متلازمة الباريوم تظهر إصابة اللثالي الانهائي في داء كرون.

5.5. الصور الشعاعية البسيطة:

إن الصورة الشعاعية للبطن أساسية في تحديد المرضين الذين ي顯رون بمرض فعال شديد. في التهاب الكولون قد يوجد توسيع في الكولون (انظر الشكل 54) أو وذمة في المخاطية (بصمة الإبهام) أو دليل على الانقباض، في إصابة الأمعاء الدقيقة بداء كرون قد يوجد دليل على انسداد الأمعاء أو انزياح العرى المغوية بكلفة.

6. التقريرات بالتوكليد الشعاعي:

تظهر تقريرات الكريات البيضاء الموسومة بالشعاع مناطق الالتهاب الشعاع.

وهذه أقل دقة من طرق التصوير الأخرى مع نوعية قليلة ولكن قد تكون مفيدة عند الترخيص ذوي المرض الشديد والذين من الأفضل تجنب الاختبارات الفازية لديهم.

MRI .7

التصوير بـ MRI دقيق جداً في وصف الإصابة الحوضية والعجانية في داء كرون.



الشكل 54: صورة شعاعية بسيطة تظهر كولوناً متوسعاً بشدة ناجماً عن التهاب الكولون القرحي الشديد.

G. التدبير:

يعتمد العلاج الأفضل على مقاربة فريق يشمل الأطباء والجراحين والشمامعين وخبراء التغذية. إن كلّاً من التهاب الكولون القرحي و داء كرون هما حالتان تدومان مدى الحياة وتسببان اضطرابات نفسية اجتماعية.

المستشارون ومجموعات دعم المريض لهم أدوار مهمة في التثقيف وإعادة الطمأنينة والعلاج الناجع. إنَّ المفتاح لهذه الأهداف هو:

- علاج التوب الحادة.
- منع التكيس.
- تحديد السرطان في مرحلة باكرة.
- اختبار مرضي الجراحة.

$$-240\mu\text{J}/\text{nm}^2\text{sr} = 17\mu\text{J}/\text{sr} = 240\mu\text{J}/\text{sr}$$

إن مبادئ العلاج الدوائي متشابهة في التهاب الكلوتين القرحى والتهاب الكلوتين يلا داء كرون وهذه تعتمد على علاج المرض، التعامل ومتنه السكري.

النهاية الكوكبون النهائية، المستندات القشرية هي خط العلام الأول.

يجب أن يدير التهاب المستقيم والمسين بالترخيصات الستيروروبيدية البرفوية أو المسائلة المحتبسة والتي يكون فيها الامتصاص الجهازي للستيروروبيد غير مهيمن الناحية السريرية.

المرضى الذين لديهم التهاب مستقيم وبنin فعال جداً وأولئك غير القادرين على حبس (حجز) الرحمضات أو لئك الذين لديهم التهاب كوليون واسع فعال. جمعهم يحتاجون إلى مستحضرات قشرية عن طريق الفم.

يعطى البريدنيزولون 30-40 ملخ/اليوم عن طريق الفم لاسبوعين ومن ثم ينخفض ببطء خلال 8 أسابيع. يمكن أن يعالج التهاب الكولون الفعال الشديد بعيتيل بريدينيزولون وريدي 60 ملخ يومياً عن طريق التسريب. عندما يحدث التحسن يحوال المرضي إلى نظام تخفيف بالبريدنيزولون القموي. إن الاختلالات الجهازية لستيروئيد مثل تقلبات المزاج والعد وزيادة الوزن وعسر الهضم (dyspepsia) شائعة ولكنها تزول بانتقاص الجرعة.

يجب تجنب العلاج المرتفع الجرعة وطويل الأمد بسبب اختصار الاختلالات الأكثر شدة للستيرونيد مثل داء العظم الاستقلابي والانتان.

يجب الأخذ بعين الاعتبار عند المرضى الذين يحدث لديهم تكس متكرر بعد أشواط المستيرونيدات أو الذين يحتاجون إلى علاج صيانة بالمستيرونيد علاجهم بالأزليوبيرين (5-2 ملغم/كغ من وزن الجسم يومياً). هذا الدواء المقيد للمناعة يبلغ تأثيره الأعظمي فقط بعد 6-12 أسبوع وربما يجب الاستمرار بالعلاج بالمستيرونيدات الفشرية حتى هذا الوقت. يختلط العلاج في بعض الأحيان بتبييض نقي العظم أو الغثيان أو الإقياء أو الألم العضلي أو التهاب المفاصل باس. الجار.

في بعض الأحيان تكون العوامل المساعدة للإسهال (فوسفات كودشين أو لوبيراميد أو دي فينوكسيلات) مفيدة ولكن يجب تحتنها في المرض الفعال الشديد.

المحافظة على الهجوم، وهذا يعني على استخدام 5-أسيتوسايسيليك أسيد (5-ASA) والذي يعمل بتعديل الفعالية المغوية الالتهابية. تتحرر تراكيز عالية من 5-ASA إلى الكولون باستخدام مستحضرات الميسالازين أو الميسالازين وهذه قد حل محل الملسالازين الذي يملك تأثيرات جانبية أكثر. الميسالازين هو شكل ملطف معروفاً وفيه يتبع 5-ASA ببطء من الغلاف ذو المسواح السلازوي أو المعتمد على PH. بتألف الأوليسالازين من

إن الرهضنات المحتبسة أو المسائلة من ASA-5 متوفرة أيضاً وهي فعالة مثل الرهضنات المستبروتيدية في علاج

EBM**التهاب الكولون التقرحي - دور حمض 5-أمينوسالبييليك (5-ASA) :**

أظهرت ست دراسات تضمنت 485 مريضاً عالجوا بـ 5-ASA و 401 مريضاً عالجوا بالدواء الفلفل أن نتائج المعالجة كانت أفضل باستعمال 5-ASA.

2. العلاج الدوائي لإصابة الأمعاء الدقيقة في داء كرون:

العلاج الدوائي للمرض الفعال يعني على استخدام المستيرونيدات القشرية فموياً (بريدنيزولون 30-40 ملخ يومياً) تخفيف خلال 6-8 أسابيع.

المرضى الذين يستجيبون للعلاج ومع ذلك يحدث لديهم تكس متكرر بعد إيقاف المستيرونيد أو المرضى المعتمدين على المستيرونيد هم يعالجون بالأزاثيوبيرين 1.5-2 ملخ/كغ من وزن الجسم يومياً. يمكن التغلب على التأثيرات الجانبية للستيرونيد باستخدام budesonide وهو عبارة عن ستيرونيد مستعنى قوي يقلل التهاب المخاطية (9 ملخ منه تكافئ 30 ملخ من بريندنيزولون). بعد الامتصاص ينفع الدواء لاستقلاب واسع في المرور الأول في الكبد فيكون ترتيبه الكثثر أصغر وأكثر فاعلية وتكون التأثيرات الجانبية للستيرونيد منخفضة.

بعض المرضى يستجيبون بشكل غير كاف للستيرونيدات والأزاثيوبيرين وعند هؤلاء فإن الأدوية الأخرى المشبطة للمناعة مثل الميثودركسات أو الأدوية المعدلة للمناعة لها دور في العلاج.

تحدث الأجسام المضادة لـ TNF-α (إنفليكسيماب infliximab) مجموعاً عند 70-80% من المرضى المعتمدين على المستيرونيدات وهذا الدواء مقيد بشكل خاص في شفاء التوابير المراهقة لداء كرون.

لسوء الحظ فإن معظم المرضى يحدث لديهم تكس بعد حوالي 12 أسبوع وتسبب إنفليكسيماب إضافة في هذا الوقت قد يسبب ارتكاسات تآقية. الأدوية الأخرى المعدلة للمناعة الهندسة وراثياً الموجهة ضد مراحل أخرى في شلال الالتهاب (انظر الشكل 45) ستكون منظورة بشكل مفرغ.

EBM**داء كرون - دور الأزاثيوبيرين:**

أظهرت ست تجارب تفحص دور الأزاثيوبيرين في الصيانة في داء كرون (136 مريض تلقوا أزاثيوبيرين، 183 مريض تلقوا الدواء الفلفل) أظهرت أن العلاج الفعال أفضل من الدواء الفلفل.

EBM**داء كرون - دور الأضداد وحيدة النسيلة:**

يحدث العلاج بالعدد المحدد TNF (Infliximab) مجموعاً سريرياً عند 81.5% من مرضى داء كرون المعتمدين على العلاجات التقليدية المتضمنة للستيرونيدات القشرية. هذا بالمقارنة مع معدل مجموع 16.7% في الشاهد مع الدواء الفلفل ($p < 0.001$ و NNT = 2). في تجربة منفصلة 62% من المرضى الملتقطين Infliximab مقارنة بـ 136% من أولئك الملتقطين للدواء الفلفل شففته تدريجياً تواصي كرون المعدية الحدية.

3. مرض العظام/الاستقلابي:

إن مرض الداء المعي الالتهابي خصوصاً أولئك المحتاجين لأشواط متكررة من المستيرورنيات وأولئك سبئي التقديبة لديهم خطورة مهمة لزوال التمعدن مؤدياً لنقص العظام Osteopenia (ترقق العظام) وتخلخل العظام وخطورة عالية للكسر.

4. العلاج الغذائي:

يتم إخضاع العديد من المرضى لبروتامج يدعى (الأغذية المحذوفة) وفيه يتم تجنب أطعمة خاصة. على الرغم من أن بعض مرض التهاب الكولون يتحسنون على الحمية الخالية من الحليب وقلة آخرين يستجيبون على تجنب القمح إلا أن النصيحة الأفضل غالبية المرضى هي أن يأكلوا غذاء صحياً متوازناً بشكل جيد ويتجنبوا فقط تلك الأطعمة التي بالتجربة يكون تحملها ضعيفاً.

تشمل الاستثناءات المرضى الذين لديهم تضيقات في الأمعاء الدقيقة والذين يجب أن يتجنبوا المشدق والمكسرات والفاكه والخضروات النباتية والتي قد تحرر من على النساء الأمعاء كما تشمل الاستثناءات المرضى الذين لديهم مشاركة بين التهاب المستقيم والإمساك والذين يستفيدون من زيادة الألياف في الغذاء.

إن العديد من المرضى الذين لديهم داء معي التهابي مزمن شديد يكونون ناقصي التقديبة وهو لا يتطلب امدادات ملائمة من الحريرات والبروتين والفيتامين والمعادن وهذا مهم بشكل خاص عند الأطفال.

يمكن للعلاج التقديبي أن يحدث هجوماً على داء كرون الفعال ولكن ليس على التهاب الكولون القرحي، الأغذية الأولية والتي تحوي المكاكير البسيطة والشعوم الثلاثية والحموض الأمينية والفيتامينات والعناصر الزهيدة والأغذية المبلمرة التي تحوي بكتيريات قليلة أكثر من الحموض الأمينية. كلما توسع من الأغذية فعال. يتم تجنب الطعام الطبيعي لمدة 2-4 أسابيع من العلاج.

توجد طرق تأثير مختلفة تشمل تحسين التقديبة واستبعاد المستحدثات الغذائية وتجنب الألياف الغذائية. لسوء الحظ يكون العلاج الغذائي مكلفاً وغالباً ما يكون تحمله ضعيفاً وعادة ما يتوقف تكثف المرض عند العودة إلى الغذاء الطبيعي.

5. العلاج الجراحي:

التهاب الكولون القرحي، يتطلب 60٪ من مرض التهاب الكولون القرحي الواسع الجراحة في آخر الأمر. الاستعلبابات مدونة في (الجدول 58).

تعتبر نوعية الحياة المختصرة مع التأثير على الحياة المهنية والاجتماعية والعائلية هي الأكثر أهمية لهذه المعالجة. تشمل الجراحة إزالة كامل الكولون والمستقيم وهي تشفى المريض.

قبل الجراحة يجب أن ينصح المرضى من قبل الأطباء وممرضات عمليات الفقر والمرضى الذين خضعوا لجراحة مشابهة. يكون خيار الإجراء إما استئصال كامل الكولون والمستقيم مع فقر للقائقي (تفعيم القائقي) أو استئصال الكولون والمستقيم مع مقاشرة جيبية ثالثية شرجية. يجب مراجعة الكتب المدرسية الجراحية من أجل معلومات أوثق.

الجدول 58: استطبابات الجراحة في التهاب الكولون القرحي.

- التهاب الكولون الصاعق.
- اختلاطات القرص، غير المستجيبة على العلاج الدوائي.
- التهاب المحسّل.
- تقييد الجلد الوراني.
- سرطان الكولون أو عسرة التنسج الشديدة.
- الاعتماد على الاستيرادات الفشرية المفرومة.
- اختلاطات العلاج الدوائي.

داء كرون، استطبابات الجراحة مشابهة للاستطبابات في التهاب الكولون القرحي، غالباً ما تكون العمليات ضرورية لمعالجة التوسير والخراجات والمرض حول الشرج وقد تكون ضرورية أيضاً لتحرير المسداد الأمعاء الدقيقة أو الغليظة، وفي آخر الأمر يحتاج 80% من المرضى إلى شكل ما من التدخل الجراحي ولكن بخلاف التهاب الكولون القرحي فإن الجراحة لا تشفي المرض وتكتس المرض هو القاعدة، لذلك يجب أن تكون المداخلة الجراحية محافظطة ما أمكن لنقل نقص الأمعاء العبوشة وتتجنب إحداث متلازمة الأمعاء القصيرة.

المرضى الذين لديهم أجزاء موضعية من التهاب الكولون لكرنون قد يمدون بقطع قطبي، الآخرون الذين لديهم التهاب كولون واسع يحتاجون إلى استئصال كامل للكولون ولكن يجب تحلىب لتشكيل جيب فالاتي شرجي بسبب الخطورة العالية لتكس المرض ضمن الجيب وتشكل لاحق للناسور والخرج وقصور الجيب، المرضى الذين لديهم داء كرون حول الشرج يمدون بشكل محافظ ما أمكن وذلك بتเสรيف الخارج وتتجنب إجراءات القطع أو الإجراءات التصنيعية، مرض الأمعاء الدقيقة الانسدادي أو التوسري قد يتطلب استئصالاً لتنسيع المصاب، أما المرضى الذين لديهم تحديقات متعددة أو متكررة فيمكن إجراء تصنيع التصنيف Strictureplasty لديهم والتي لا يستحصل فيها التصنيف ولكن بدلاً عن ذلك يشق في محوره الطولي ويحيط بشكل مستعرض.

6. تدبير الاختلاطات:

التهاب الكولون الصاعق، هو اختلاط مهدد للحياة يتطلب تدبيراً طبياً وجراحياً مكثفاً، يجب أن يرافق المرض بشكل متكرر من أجل العلامات السريرية للتاهاب البريتون والحمى وتسرب القلب، يتم توثيق توافر التغوط ومحجومه وتتخذ صور شعاعية بطيئة بشكل يومي للبحث عن دليل على توسيع سمعي أو انتصاب، أيضاً يجب أن يستشار المريض حول إمكانية الجراحة.

إذا لم يحدث تحسن في غضون 5-7 أيام أو إذا تدهور وضع المريض فإنه يجب أن يباشر في استئصال الكولون بشكل إجحافي.

ينترك المُستقيم الأدنى في مكانه من أجل إعادة إنشاء جيب شرجي لفائق في وقت لاحق، الخطوات الأساسية في تدبير التهاب الكولون القرحي الصاعق مدونة في (الجدول 59).

الجدول 59 تسبير التهاب الكولون القرحي الصايع.

- دفع خذالي.
- نقل الدم إذا كان Hb < 100 غ/لتر.
- متىيل بريدينيسيوزتون ورويبيدي 60 ملخ يومياً أو الوريدية.
- تجنب الأفيونات والعوامل المساعدة للإسهال.
- هيدروكورتيزون.
- صادات للأغاثن المشت.

المرض حول الشرج. إن علاج المرض حول الشرج والذي يشمل الثقب والتاسور وتشكل الخراج يكون مبنينا على مقاومة محافظة تكون أعراض العديد من المرض قليلة حتى عندما يكون المرض المزمن شديد ظاهرياً. عند هؤلاء تكون فوائد الداخنة الطبية والجراحية قليلة وتكون الخطورة النسبية للاختلالات مرتفعة. المعالجة بالتروتونيمازول أو مرض حول الشرج مؤلم أو نازفاته يديرون بالتعاون بين الجراحين والأطباء، المعالجة بالتروتونيمازول أو سيفروفوكساسين قد تخفف الألم وتزيل الإتان. تتطلب العروجات إجراء تصريف لها (تججير) لكن خطورة الإجراءات الجذرية هي في أنها توادي المصرات الشرجية وتسبب سلساً برازياً. قد يحدث الـ Infliximab هجوعاً في الحالات المعندة.

H. الداء المعوي الالتهابي في الظروف الخاصة:

1. المفتوحة:

يمكن لالتهاب الكولون القرحي وداء كرون أن يتطور قبل سن المراهقة. يتسبب المرض المزمن في فشل التمثيل ومرض العظام الاستقلابي وتاخر البلوغ. إن شخص التواصل الدراسي والاجتماعي بالإضافة إلى الاستثناء المتكرر يمكن أن يكون له تتابع نفسية اجتماعية مهمة. العلاج مشابه لذلك الموصوف للبالغين ويمكن أن يحتاجوا لاستخدام المستيرونيدات الفشرية والأدوية المثبطة للمناعة والجراحة. من المهم مراعاة المطول والوزن والتغطير الجلسي.

2. الحمل:

عادة لا تتأثر فعالية الداء المعوي الالتهابي بالحمل على الرغم من أن النكس قد يكون أكثر شيوعاً بعد الولادة. المعالجة الدوائية التي تشتمل أمينوساليسيلات والمستيرونيدات والأزيتوبورين يمكن أن تستمر بها بأمان خلال الحمل.

3. الإنذار:

إن توقيع الحياة عند مرضى الداء المعوي الالتهابي مشابه لأن ما هو عليه عند عموم السكان. على الرغم من أن العديد من المرض يبحاجون إلى الجراحة وإلى القبول في المشفى لأسباب أخرى فإن الغالبية لديهم سجل عمل ممتاز ويتابعون حياة طبيعية. حوالي 90% من مرضى التهاب الكولون القرحي لديهم فعالية متعلقة للمرض، بينما 10% لديهم أعراض مستمرة. ثلث أولئك المرضى مع التهاب كولون شامل يفضلون لاستئصال الكولون في غضون خمس سنوات من التشخيص. حوالي 80% من مرضى داء كرون يفضلون للجراحة في مرحلة ما و 70%

منهم يحتاجون لأكثر من عملية واحدة خلال فترة حياتهم. النكس السريري النالى للجراحة الاستئصالية يوجد بـ 50% من الحالات في غضون عشر سنوات.

التهاب الكولون المجهرى :MICROSCOPIC COLITIS

يعانى بعض المرضى من إسهال مائي نتيجة لالتهاب الكولون المجهرى (بالخلايا المقاوية). تكون المظاهر الخارجية بتطهير الكولون طبيعية لكن الفحص التسبيحي للเกรزات يظهر سلسلة من الشذوذات.

يتميز التهاب الكولون الكولاجينى بوجود عصابة تخينة من الكولاجين تحت المخاطية وتشاهد عادة رشاحة التهابية مزمنة، المرض أكثر شيوعاً عند النساء ويكون مترافقاً بالتهاب المفاصل الروماتي والسكري والداء الزلاقى. يكون لدى المرضى قصبة إسهال مائي متقطع ويكون العلاج مبنياً على استخدام الأدوية المضادة للإسهال والبيرموم والأمينوسالسيلات والرحمضات الستيرويدية الموضعية.

متلازمة الأمعاء الهიوجة

IRRITABLE BOWEL SYNDROME

وهي اضطرابات هضمية وظيفية شائعة للغاية وهي تعرف باضطرابات في وظيفة المعدة مع غياب إمراضية بنوية، إن متلازمة الأمعاء الهیوجة هي اضطراب معوي وظيفي يكون فيها الألم البطني مترافقاً مع التغوط أو هي تبدل في العادة المعيشية مع مظاهر اضطراب التبرز والانتفاخ.

A. الوسائليات :

حوالي 20% من عموم السكان يحقق معايير IBS ولكن فقط 10% من هؤلاء يستشترون أطباءهم بسبب الأعراض الهضمية. علاوة على ذلك فإن IBS هو السبب الأكثر شيوعاً للاحالة الهضمية (التحويل إلى أخصائي هضمي) ويعزى إليها التغيير المتكرر عن العمل والتوعية السيئة للحياة. النساء الشابات غالباً هن الأكثر تأثراً. يوجد تراكب (تدخل) واسع مع تسرع الهضم غير القرحي ومتلازمة التعب التزمن وتسرع الطعام والتكرار البولي. نسبة مهمة من هؤلاء المرضى لديهم قصة من الإفراط الفيزيائى أو الجنسى.

B. أسباب المرض :

تشمل متلازمة الأمعاء الهیوجة سلسلة واسعة من الأعراض ومن غير المحتمل أن يكون السبب وحيداً. بشكل عام يعتقد أن معظم المرض تتطور لديهم أعراض استجابة لعامل نفسية اجتماعية أو تبدل في الحركة المعدية المعيشية أو تبدل الإحساس الحشوي أو لعوامل في تغذية الألياف الهضمية.

C. العوامل النفسية الاجتماعية :

معظم المرض المشاهدين في الممارسة العامة ليس لديهم مشاكل نفسية ولكن حوالي 50% من المرضى المحاوين إلى المشفى يتوافقون مع معايير التشخيص النفسي. سلسلة من اضطرابات تم تعينها وتشمل القلق والاكتئاب

والتجسيد Somatisation والغضاب. ثوب الذعر شائعة ايضاً. من المعروف أن الشدة النفسية الحادة والمرض النفسي الصريح يغير الحركية المعدية المعرفية عند كل من مرضى الأمعاء الهიوجية والناس الأصحاء. يوجد زيادة في شيوخ السلوك الشاذ للمربيض مع استشارات متكررة من أجل أعراض طفيفة.

2. تبدل الحركية المعدية المعرفية:

توجد سلسلة من الاختurbات الحركية لكن ولا واحدة منها تكون مشخصة. المرضى الذين يكون لديهم الإسهال هو المسيطر بدون مجموعات من أمواج تقلصية صائمية سريعة وعبر معيدي سريع وزيادة في عدد التقلصات الكولونية السريعة والمتشردة. أولئك الذين لديهم الإمساك هو المسيطر لديهم نفس في المعيدي الأعواني والخاص في عدد موجات التقلصات الكولونية المنتشرة ذات المسافة العالية ولكن لا يوجد دليل ثابت على الحركية الشاذة.

3. الآهاس الحشوي الشاذ:

تنافق متلازمة الأمعاء الهیوجية مع حساسية زائدة للتمدد المعيدي المحدث بفتح البالونات في القالباني والكولون والمستقيم وذلك نتيجة للتغير معالجة الجهاز العصبي المركزي للاحساس الحشوي.

4. عوامل في المفعمة:

بين 10-20% من المرضى يتطور لديهم متلازمة الأمعاء الهیوجية بعد توسيع التهاب معدة وأمعاء، بينما قد يكون آخرين غير متتحملين لعناصر غذائية معينة خصوصاً اللاكتوز والقمح.

C. المظاهر السريرية:

المظاهر الأكثر شيوعاً هو الألم البطني المعاود (انظر الجدول 60)، وهو عادة فولجي أو ماغنوس ويشعر به في أسفل البطن ويخف بالتفوط. يسوء الانتفاخ البطني خلال النهار. السبب غير معروف ولكنه غير صالح عن زيادة الغازات المعرفية.

الجدول 60: مظاهر متلازمة الأمعاء الهیوجية.	
• تبدل في المعاذه المعرفية.	• مخاطط شرجي.
• الشعور بان التقوط غير كامل.	• آلم بطني فولجي.
	• تمدد بطلي.

تكون العادة المعرفية متبدلة. يحدث لدى معظم المرضى تناوب بين ثوب الإسهال والإمساك ولكن من المفيد أن تصنف المرض على أساس مرضهم لديهم الإمساك هو المسيطر أو مرضهم لديهم الإسهال هو المسيطر. يعمد النوع الإمساكي بأن يمرر برازاً بتعدد قليل وبشكل كرات صغيرة ويترافق عادة مع آلم بطني أو آلم مستقيمي. المرضى الذين لديهم إسهال يكون لديهم التقوط متعدد ولكنه ينتهي برازاً ضئيل الحجم ونادراً ما يكون لديهم أعراض ليلية. مرور المخاط شائع لكن لا يحدث نزف مستقيم.

على الرغم من ان الاعراض تكون شديدة بشكل واضح إلا أن المرض لا يهدى لدفهم تفاصيل ووزن ويكونون بطيئاً بوضع حسن. العديد لديهم اعراض وظيفية أخرى تشمل عسرة الهضم والتزدد البوقي والمصداع والمظهر وعسرة الجماع والتوم الردي، ومنلزمة التعب المزمن. لا يشير الفحص الفيزيائي إلى آية شذوذات على الرغم من شيوع الانتفاخ البطنى والمضض المتغير على الجسم.

D. التشخيص:

تكون الاستقصامات طبيعية. يمكن وضع التشخيص الإيجابي بثقة عند المرضى ذوي الأعمار الأقل من 40 سنة وبدون النجوة إلى الاختبارات المقدمة. يجري عادة وبشكل روتيني تعداد الدم الكامل وESR وتقطير السجن، بينما رخصة الباريوم أو تقطير الكولون هرجب أن تجرى فقط عند المرضى الأكبر سناً لاستبعاد سرطان الكولوني المستقيمي. أو تلك الذين يظهرون بشكل غير نموذجي بتطيبون استقصامات لاستبعاد مرض معدى عضوي. يجري للمرضى الذين لديهم سيطرة لإسهال استقصامات لاستبعاد التهاب الكولون المجهري وعدم تحمل اللاكتوز وسوء امتصاص الحموض الصفراوية والداء الزلاقى والانتسماح الدرقى. كل المرضى الذين يعطون قصبة للنزف مستقيمي يجب أن يخضعوا ل التطبيل كولون أو رخصة الباريوم لاستبعاد سرطان الكولون أو الداء المسمى الالتهابى.

E. التدبير:

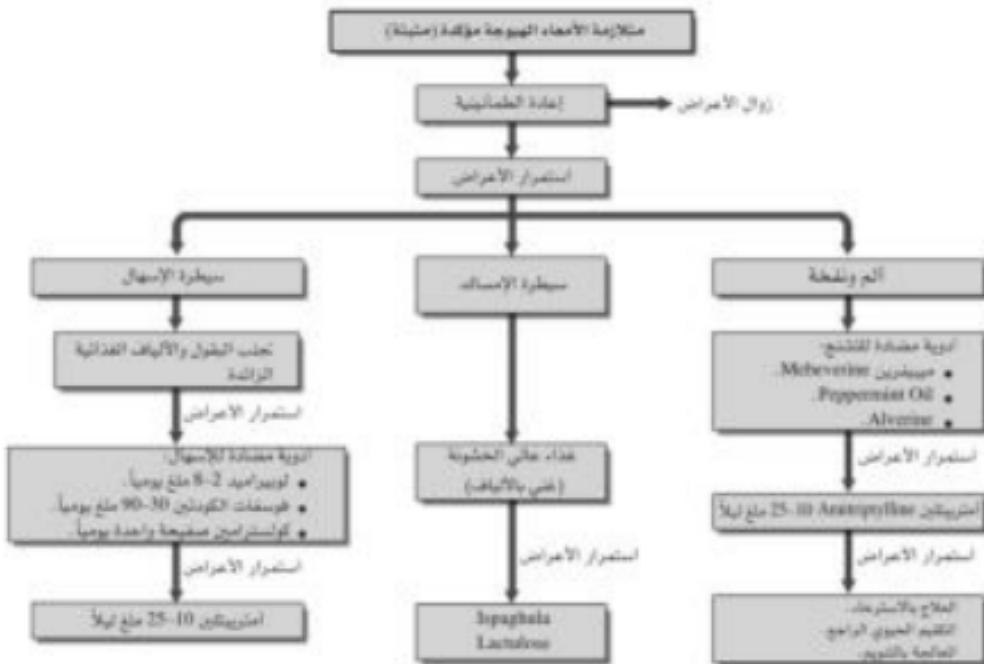
إن الخطوات الأكثر أهمية تكون في الوصول إلى التشخيص الإيجابي (تأكيد التشخيص) وفي إعادة الطمأنينة للمريض. يكون العديد من المرضى قلقين من أن يتطور لديهم سرطان، وحلقة القلق تؤدي إلى أعراض كولونية والتي تزيد القلق أكثر. يمكن قطع هذه الحلقة عن طريق الشرح بأن الاعراض غير ناجمة عن مرض عضوي ولكن نتيجة لتبدل حركة الأمعاء وتغير الإحساس. المرضى الذين يفضلون في الاستجابة بإعادة الطمأنينة هناك العلاج يوضع تبعاً للأعراض المسيدرة (انظر الشكل 55).

المرضى ذوو الاعراض المعتمدة يستفيدون أحياناً من العلاج بالأدوية بتناولها لمدة شهر وهو يعطى بجرعات 10-25 ملليلتراً وهي جرعات أخف من بكثير من الجرعات المستخدمة لعلاج الاكتئاب. تشمل التأثيرات الجانبية: جفاف القم والتعاس ولكنها عادة تكون خفيفة ويكون تحمل الدواء جيداً. وهو يمكن أن يعمل عبر إنقاص الإحساس الحشوي وعبر تعديل الحركة المعدية المغوية. قد تتقلب أدوية أخرى على الشذوذات في بدء إشارات 5-HT4-5-هيدروكسى تريبتامين والتي تم تحديدها عند بعض مرضى IBS. وهذه الأدوية تشمل شادات 5-HT4، العلاج بالألتوبيوم يحتضر به الحالات الأصعب. معظم المرضى يكون لديهم سير من تكيس وهجوم. السورات تتلو عادة حوادث الحياة المجهدة (Stress) وعدم الرضا المهني والمهنية في العلاقات بين الأشخاص.

EBM

متلازمة الأمعاء التهيجية - دور مضادات الأكتيبي

أظهرت 6 دراسات عشوائية مراقبة مع الدواء الفيلغ ثانية العلاج بمعضلات الاكتئاب ثلاثة الحلقة لمرضى الأعماق الهيوجة. المرض الذي تكون الأعراض الرئيسية لديه هي الألم والإسهال يستجيبون أكثر. أولئك الذين لديهم الإمساك هم العرض المسيطر يستجيبون بشكل أقل.



الشكل 55. تدريب متلازمة الأمعاء القيء حادة.

الإيدز والسبيل المعدى الموي AIDS AND GASTROINTESTINAL

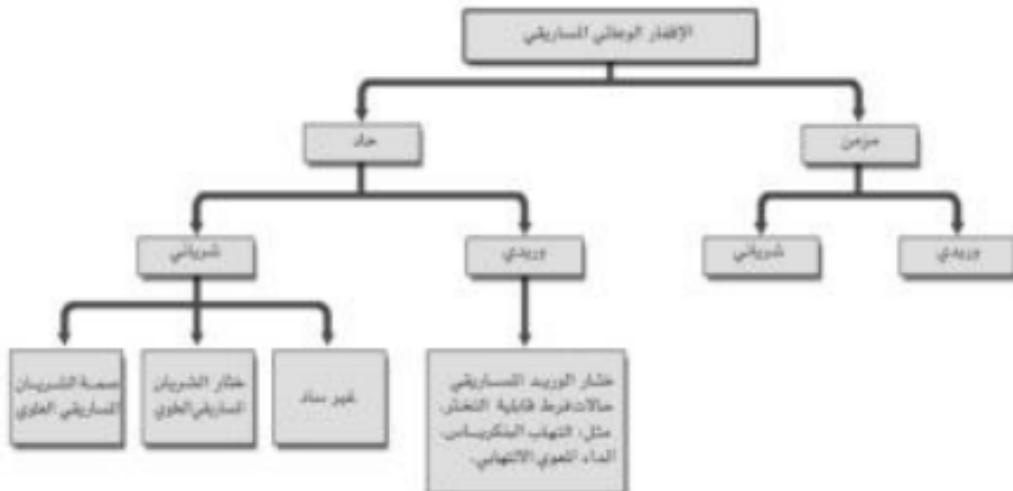
توقف في فصل آخر.

أذية المعي الإقفارية ISCHAEMIC GUT INJURY

عادة تكون أذية المعي الإقفارية نتيجة لانسداد شريان (انظر الشكل 56). إن هبوط المضطط الشديد والقصور الوريدي هي أسباب أقل شيوعاً.

١. إقفار الأمعاء الدقيقة الحاد :ACUTE SMALL BOWEL ISCHAEMIA

الحصمة من القلب إلى الشريان المخالي المعلوي مسؤولة عن 40-50٪ من الحالات. الإقفار غير الساد التالي لهبوط المضطط ينبع من احتشاء العضلة القiliaية أو قصور القلب أو لامعقيات أو فقد الدم المفاجئ. يتراوح الطيف المرضي من التبدل العابر في الوظيفة المعاوية إلى تضرر تزنيف عابر للجدار وغائرين.



الشكل 56. انماط الإقفار الوعائي المخالي.

عادة يكون لدى المرضى دليل على مرض قلبي ولازمة. تقريباً يتتطور لدى كل المرضى الم بطئي وهو بشكل مميز يكون مؤثراً أكثر من الموجودات الفيزيائية. في المراحل الباكرة يكون الانفاس البطئي هو العلامة الفيزيائية الوحيدة وتتطور علامات التهاب البريتوان في مرحلة متاخرة نتيجة لتنفس الأمعاء.

من النموذجي أن يوجد ارتفاع في الكريات البيضاء وحموض استقلابي وارتفاع فوسفات الدم وارتفاع أميلاز الدم، تبدي صور البطن اليسعية (صورة الإبهام) الناجمة عن الوذمة المخاطية. يظهر تصوير الأوعية المساريقية شريان رئيسي مسدود أو متضيق مع تشنج الأقواس الشريانية على الرغم من أن معظم المرضى يختفيون لشغفهم على أساس تشخيص سريري بدون أن يخضعوا لتصوير وعائي. إن مشتاج خطوات المعالجة هي الإنعاش وأصلاح المرض القلبي والعلاج التوريدي بالصادات يتبع بفتح البطن. إذا أجري ذلك بشكل باكر كانا هناك استئصال الصمة وإعادة البناء الوعائي قد ينعد بعض الأمعاء الدقيقة. في هذه الحالات النادرة فإن فتح البطن من أجل (النظرة الثانية) يجرى بعد 24 ساعة وستحصل أمعاء متخرجة أكثر.

تعتمد نتائج العلاج على التداخل المبكر. المرضى المعالجون في مرحلة متاخرة يكون لديهم معدل الوفيات 75% ويكون لدى الناجين عجز تغذوي غالباً بسبب متلازمة الأمعاء القصيرة ويتطلبون دعماً غذائياً مكتناً يشمل احيناً تغذية وريدية منزلية. إن زراعة الأمعاء الدقيقة هي علاج واحد عند مرضى متقطعين.

II. الإقفار الكولوني الحاد : ACUTE COLONIC ISCHAEMIA

التشية الطحالية والكولون النازل يمكن أن دوراً جانبياً قليلاً ويتوسعان في مناطق حدية Watershed للتروية الشريانية. طيف الأذية الذي يتراوح من احتلال كوليوني عكوس إلى التهاب كوليوني ومتلاقي كوليوني وغالقرين والتهاب صاعق لكامل الكوليون، كل ذلك يمكن أن يحدث. عادة تكون الصمة الخثرية الشريانية هي المسؤولة ولكن يمكن أن يحدث الإقفار الكوليوني أيضاً ناتجاً لهبوط الضغط الشديد أو الانفال الكوليوني أو الفتق المختنق أو التهاب الأوعية الجهازية أو حالات هرمد الخثار. يكون المريض عادة مسنّاً ويظهر مظاهر بيده، مضاجن لأنم مالبس في الجانب الأيسر لأسفل البطن ويزحف مستقيمي. عند غالبية المرضى فإن الأعراض تزول عموماً بعد أكثر من 24-48 ساعة ويحدث الشفاء في غضون أسبوعين.

يترك البعض مع تشخيص تلبيسي باقي أو مع قطعة من التهاب الكوليون. يتتطور لدى القلة غالقرين والتهاب بريتوان. يثبت التشخيص بتنظير الكوليون أو رحضة الباريوم وللذين يجب أن يجريا في غضون 48 ساعة من النظاهر والا يمكن للقرحة المخاطية والوذمة ان تكونا قد شفينا.

III. الإقفار المساريقي المزمن : CHRONIC MESENTERIC ISCHAEMIA

يترتب هذا من التضيق العصيدي والذي يصيب على الأقل اثنين من شرايين المحور الزلاقي، المساريقي العلوي والمساريقي السطلي. يتتطور لدى المريض الم كليل ولكنه شديد في أعلى البطن أو في وسط البطن بعد

الطعام بحوالي 30 دقيقة. يتضمن وزن المرضي بسبب التفور من الطعام والمعانة النسبيّة من الإسهال، بشكل ثابت يظهر القحص الفيزيائي دليلاً على مرض شرياني معتم. توجد أحياناً نفخة بطانية مسمومة ولكنها تكون موجودة في نوعية، يؤكد تصوير الأوعية المساريقية على الأقل إصابة شريانين مساريقيين، إن إصابة الپياء الوعائية ممكّنة أحياناً، في حال ترك الحالة دون علاج فإن العدّيد من المرضى يتطور لديهم إلى نهاية الأمر احتشاء معيوي.

اضطرابات الكولون المستقيم

DISORDERS OF THE COLON AND RECTUM

TUMOURS OF THE COLON AND RECTUM

أورام الكولون والمستقيم

I. البولبيات والمتلازمات البولبية

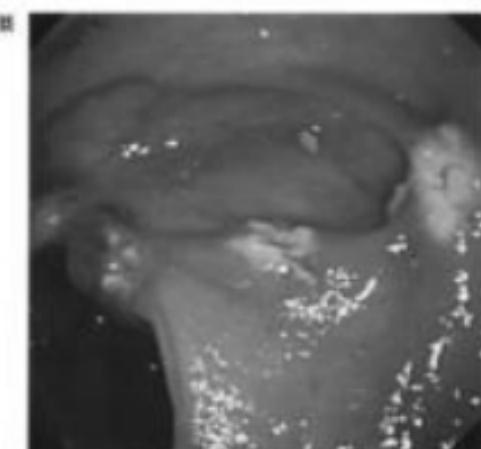
قد تكون البولبيات ورمية أو غير ورمية. تشمل الأخيرة الأورام العابضة والبولبيات المجزوية (فرمد التنسج) والبولبيات الالتئامية. وهذه ليس لها احتمال للighbانة. قد تكون البولبيات وحيدة أو متعددة وتنقاوت في الحجم من بعض ميليمترات إلى عدة سنتيمترات. القدومات الكولونية المستقيمية شائعة للغاية في العالم الغربي ويزداد شيوعها مع العمر. 50% من الناس فوق عمر 60 سنة لديهم خدمات وعند نصف هؤلاء تكون البولبيات متعددة. وهي أكثر شيوعاً في المستقيم والكولون البعيد وتكون إما معنقة أو لاطئة. تصنف نسيجياً إلى: إما انبوبية أو زغابية أو انبوبية زغابية وهذا للبناء الغدي. تكون القدومات عادة لاعرضية وتكتشف صدفة. تسبّب أحياناً ترثضاً وفقر دم. أحياناً تفرز القدومات الزغابية ككميات كبيرة من المخاط مسببة إسهالاً ونقص بوتاسيوم. غالباً السرطانات تتشاراً من القدومات (السلسل القدومي-السرطاني) خلال 5-10 سنوات على الرغم من أنه لا تحمل كل البولبيات نفس درجة الخطورة. إن المظاهر المتراوحة مع خطورة أعلى للخباثة اللاحقة في البولبيات الكولونية مدونة في الجدول (61).

إن الاكتشاف بوليب في تقطير السين هو استطباب لتنظير الكولون بسبب أن البولبيات القريبة (في الكولون القربي) توجد عند 40-50% من هؤلاء المرضى. إن استئصال البوليب عبر تنظير الكولون يجب أن يجري حيثما يمكن ذلك لأن هذا ينقض خطورة المرطان الكوليتي المستقيمي اللاحق وبشكل معتر (انظر الشكل 57).

١

الجدول 61: عوامل الخطورة الإمكانية الخباثة في البولبيات الكولونية.

- حجم كبير (> 2 سم).
- البناء الزغابي.
- عسرة التنسج.
- بولبيات متعددة.



الشكل 57: البولبيات الكولونية الجديدة. A: قبل استئصال البوليب التظيري (الأسهم تشير إلى البولبيات). B: بعد استئصال البولبيات.

إن البولبيات الكبيرة جداً أو اللامنة والتي لا يمكن إزالتها عبر التظير الباطني تتطلب الجراحة. وعندما تتم إزالة كل البولبيات فإن المرض يتعجب أن يخضعوا للمراقبة بتنظير الكولون كل 3-5 سنوات، حيث أنه تتطور بولبيات جديدة عند 50% من المرضى. المرضى ذوي الأعمار الأكبر من 75 سنة لا يحتاجون إلى إعادة تنظير الكولون حيث أن خطورة السرطان في فترة حياتهم منخفضة.

تتدى بين 10-20% من البولبيات دليلاً نسيجياً على الخبيثة. عندما توجد الخلايا السرطانية ضمن 2 ملم من حافة البوليب المستأصل أو عندما يكون سرطان البوليب قليل التمايز أو عندما يوجد غزو لقافي (فازه) يوسم بالاستئصال الجزئي (القطعاني) للكولون بسبب أنه قد يوجد ورم متقدٍ أو انتشار لقافي. البولبيات الخبيثة بدون هذه المظاهر يمكن أن تتبع بالمراقبة بتنظير الكولون.

EBM

البولبيات الكولونية - دور استئصال البوليب بتنظير الكولون في إنقاص الخطورة اللاحقة للسرطان الكولوني المستقيم:

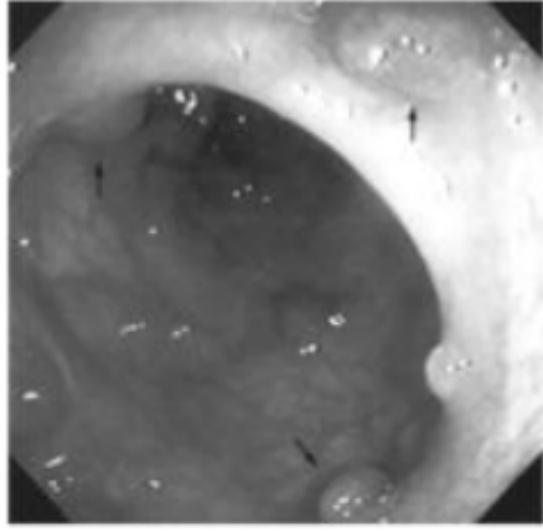
في دراسة (US National Polyp Study) خضع 1400 مريض لتابعة لمدة خمس سنوات وسطياً تالية لاستئصال البوليب بتنظير الكولون. معدل حدوث السرطان الكولي المستقيم كان بشكل جوهري أقل بـ75% من المتوقع. تدعم هذه المعطيات الرؤية بأن استئصال البوليب بتنظير الكولون يقلل خطورة النطور اللاحق للسرطان الكولي المستقيم.

تصنف المتلازمات البوليبية تشريحياً (انظر الجدول 62). يجب أن نلاحظ أن بوليبات الأورام العابضة هي متلازمة بوتر جيكرز وداء البوليبات الشبابي غير ورمية بعد ذاتها ولكن هذه الااضطرابات ترافق مع خلورة زائدة لخباشات معينة مثل خباشات الثدي والتكون والتبهض والدرق.

A. داء البوليبات الدومنية العالية (FAP)

وهو اضطراب غير شائع (1 من كل 14000-8000) ينقل بوراثة جسدية سائدة وينتج عن مفرزة في APC الموجود على الذراع الطويل للصبغي 5. تتشا 3/1 الحالات كعفقرات جديدة دون وجود قصبة عالية. ستتطور المنشآت إلى الآلاف من البوليبات الدومنية الكولونية عند 50% من المرضى بعمر 16 سنة (انظر الشكل 58). عند 90% من أولئك المصابين فإنه سيتطور لديهم سرطان كولوني مستقيمي بعمر 45 سنة.

من الشائع أن توجد البوليبات الدومنية أيضاً في المعدة (50%) والمعفع (أكثر من 90%) والأخيرة أكثر شيوعاً حول محل فاتر وقد تخضع إلى تحول خبيث إلى السرطان القدي. ترى أيضاً العديد من المظاهر خارج المعاوية في FAP وهذه ملخصة في (الجدول 63).



الشكل 58: منظر ي顯ظ الكولون في داء البوليبات الدومنية العالية. يوجد بوليبات صغيرة متعددة في كل مكان (الأسماء).

الجدول 62: المتلازمات البوليبية المعدية المعوية

		غير وراثية		وراثية	
داء كودين	متلازمة كروونكت	داء البوليبات التساري	متلازمة بولتز جيكرز	داء البوليبات المعدوية العائلية	
جسدية مسيطرة.	ـ	جسدية مسيطرة. في 3/1 الحالات.	جسدية مسيطرة.	جسدية مسيطرة.	الوراثة
ـ	ـ	ـ	ـ	ـ	بوليبات المريضة
+++	+++	+	++	+	بوليبات المعدية
++	++	++	+++	++	بوليبات الأمعاء الدقيقة
ـ	+++	++	++	+++	بوليبات الكولونية
شذوذات خلقية عديدة، أورام عابرة جلدية وقموية أورام شني ودرقي.	فقد الشعر، تصبغ، احتلال الظفراري، سوء الامتصاص.	انظر النص.	انظر النص.	انظر النص.	مظاهر أخرى

الجدول 63: المظاهر خارج المعاوية لداء البوليبات العائلية

- كيسات يشووية تحت الجلد (في الأطراف والوجه والفررو).
- شحومomas (لبيومات).
- الأورام العظمية الحميدة خصوصاً في الجمجمة وزاوية الفك السفلي.
- الأورام الرباطية Desmoid Tumours.
- شذوذات سنية (15-20%).
- فروط النمو الخلقى للطهارة الصباغية للشبكيّة.

تحدث الأورام الرباطية عند 10% من المرضى وتتشاً عادة في المساريقا أو الجدار البطني، على الرغم من أنها حميدة فقد تصبح كبيرة جداً وقد تسبب احتضان الأعضاء المجاورة وتكون إزالتها صعبة. يمكن أن يرى فروط النمو الخلقى للطهارة الصباغية للشبكيّة كأفات شبكيّة مصطبقة داكنة ومدوره، عندما تتطاير عند شخص يحمل عوامل الخطورة فإنها تكون مشعرأً 100% لوجود FAP.

سريرياً يوجد أشكال مختلفة عديدة من FAP تشمل: متلازمة غاردنر ومتلازمة توركوت و FAP المخفف (Attenuated FAP) والتي يوجد فيها بوليبات قليلة جداً ويتأخر فيها تطور السرطان. في متلازمة غاردنر تكون المظاهر خارج المعاوية الحميدة هي المسيطرة بالأخص الكيسات البشورية والأورام العظمية. اعتقد سابقاً أن

متلازمة تاركوت هي كيلونة جيلية مميزة ولكن معظم المرضى لديهم أيضاً متفرقات APC. تتميز المتلازمة بـ FAP مع أورام دماغية (ورم الخلايا التجممية أو ورم الأرومة التخاعية).

التشخصيّن والتدبّير:

في الحالات المشخصة حديثاً مع متفرقات جديدة فإن الاختبار الجيني بواسطة تحليل تسلسل DNA يثبت التشخيص وجميع الأقرباء، من الدرجة الأولى يجب أن يخضعوا أيضاً للاختبار. عند العائلات المعروفة لديها FAP وعند الأفراد المعرضين لخطورة عائلية فإنهم يخضعون لفحص مباشر للطفرة بعمر 13-14 سنة. يكون هذا غالباً بشكل أقل من تنظير السين المستقيم والذي يحتضن به لأولئك المعروفة لديهم وجود الطفرة. يجب أن يخضع الأشخاص المصابين لاستئصال الكولون بعد إتمام المرحلة المدرسية أو الجامعية. العمليّة المتخيّلة هي مقايرة الحبيب القصائي-الشرجي. التنظير الهضمي العلوي الدوري يوسع به لتحديد الفدوّمات المفجحة. السرطان العفجي هو السبب الأكثر شيوعاً لوفاة عند مرضى FAP الذين خضعوا لاستئصال الكولون.

B. متلازمة بوتز جيفرون:

تتميز بولبيات أورام عابية متعددة في الأمعاء الدقيقة والكولون بالإضافة إلى تصبغات ميلانينية في الشفتين والقُم والأصابع (انظر الشكل 59). تكون معظم الحالات لا عمرضية على الرغم من مشاهدة التزلف المزمن أو فقر الدم أو الانخلاف المعوي. توجد خطورة هليلة ولكن مهمة لحدوث السرطان الغدي للأمعاء الدقيقة وسرطان البكتيريا والمبطن والثدي وباطن الرحم.



الشكل 59: متلازمة بوتز جيفرون، تصبغات تفاه نموذجية.

C. داء البولبيات الشبابي:

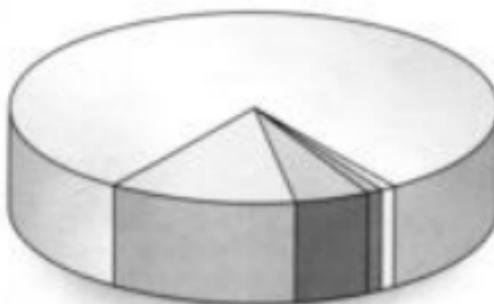
وهي توجد عشرات إلى مئات بولبيات الأورام العinaire الملوءة بالعاطف، وذلك في الكولون المستقيم. تكون 1/3 الحالات وراثية وذلك بمحりقة جسدية مسيطرة و20% من المرضى يتطور لديهم سرطان كولوني مستقيم قبل عمر الـ40، يجب أن يجري تقطير الكولون مع خزعات كل 3-5 سنوات.

II. السرطان الكوليوني المستقيمي : COLORECTAL CANCER

على الرغم من ندرته النسبيّة في العالم النامي فإن السرطان الكوليوني المستقيمي هو السبب الثاني الأكثر شيوعاً للخطابة الباطنية والسبب الثاني المؤدي للوفيات السرطانية في الأقطار الغربية. معدل الحدوث في المملكة المتحدة هو 50-60 من كل مائة ألف تبلغ 30 ألف حالة في السنة. تسبّب الحالة شائعة بشكل متزايد فوق عمر الـ50.

A. السبّبيّات :

إن كلّاً من العوامل البيئية والتوريّة مهمّة في نشوء السرطان الكوليوني المستقيمي. (انظر الشكل 60).



- [Light Gray Box] أفراد (معدل الخطرة) 75-79: .
- [Medium Gray Box] قصة عائلية (عمر 15-19): .
- [Dark Gray Box] سرطان كولون وراثي غير بولي: 25%.
- [Very Dark Gray Box] داء البولبيات الخدومنية العالمي: 3%.
- [White Box] داء التهوي الانتهائي: 3%.

الشكل 60: عوامل الخطرة في نشوء سرطان الكولون.

١. العوامل البيئية:

من المحتمل أن تعتبر العوامل البيئية مسؤولة عن 80% من كل السرطانات الكولوني المستقيمية الإفرادية (غير الوراثية). هذا الشكل مبني على تغيرات جغرافية واسعة في مدى الحدوث والاتخافات في الخصورة المشاهدة عند المهاجرين والذين ينتقلون من الأقمار ذات الخصورة العالية إلى الأقمار ذات الخصورة المنخفضة. يعتقد أن العوامل الغذائية هي الأكثر أهمية وهي ملخصة في الجدول 64. عوامل الخصورة الأخرى المميزة مدونة في الجدول 65.

٢. العوامل الوراثية:

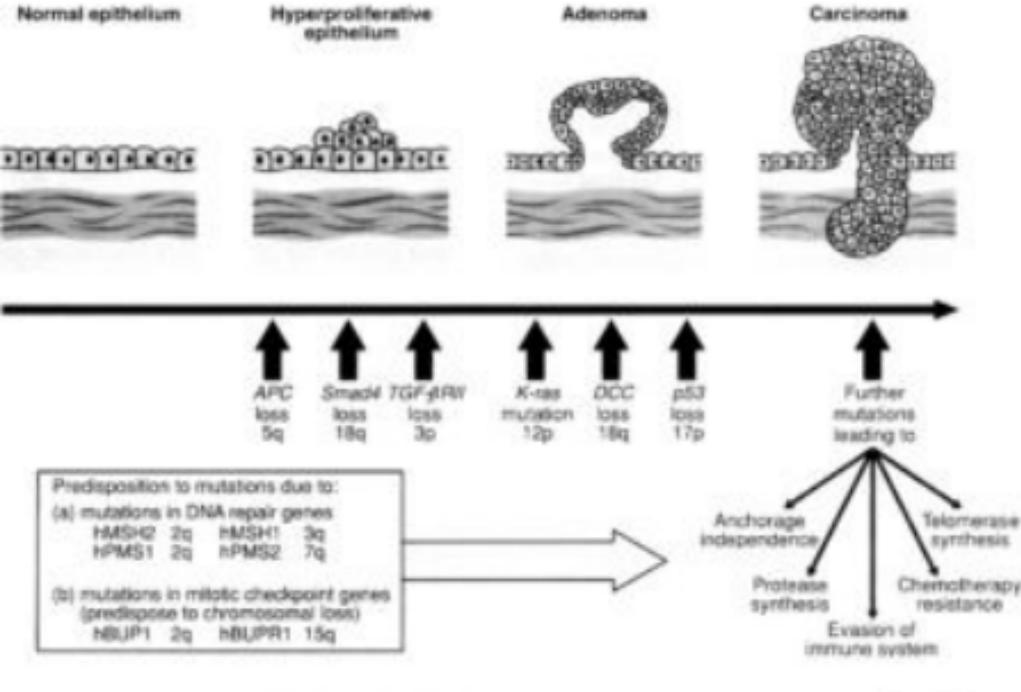
ينتج تطور السرطان الكوليوني المستقيمي من تجمع مفترقات وراثية متعددة (انظر الشكل 61). إن إشكالاً وراثية مهمة متعددة لسرطان الكولون تكون مميزة. تكون البوليفيات القديمة العائلية مسؤولة عن 1% فقط من حالات سرطان الكولون. في 10% أخرى يوجد قصة عائلية قوية لسرطان الكوليوني المستقيمي في عمر باكر.

الجدول 64: عوامل الخصورة الغذائية لتطور سرطان الكوليوني المستقيمي.

عامل الخصورة	التأثيرات
الخصورة المرتفعة:	
اللحوم الحمراء:	المحتوى العالى من الشحوم المشبعة والبروتين.
الدهون الحيوانية المشبعة:	تشا الأمينات المؤلدة للسرطان خلال الطبع.
الخصورة المنخفضة:	المستويات العالية من الحموض الدسمة والحموض الصفراوية في البراز.
الألياف الغذائية:	تنشئ التأثيرات مع تمعظ الألياف، فحصر زعن العبور، ربط الحموض الصفراوية والتآثرات على الفلورا الجرثومية.
الفاكهة والحضراء:	تحوى الخضراء الطازجة مضادات تسرطن مثل Flavonoids و Glucosinolates دليل مسخر على دور فيتامينات A,C,E في الوقاية.
كالسيوم:	ربط وتربيب الحموض الصفراوية البرازية.
حمض الفوليك:	يعاكس نفس تعتيل DNA Hypomethylation.

الجدول 65: عوامل الخصورة غير الغذائية في سرطان الكوليوني المستقيمي.

الحالات الطبيعية	الحالات المرضية
• الفدومات الكوليونية المستقيمية.	• منظمة النهارات.
• التهاب الكوليون القرحي الواسع طول الأمد.	• المعالجة الشعاعية الحوضية.
حالات أخرى:	
• البدانة ونمط الحياة الريكس (قلة الحركة) – قد يكون متراقباً مع عوامل غذائية.	• الكحول والتبغ (ترافق ضعيف).



الشكل 48: المنشأ متعدد المراحل للسرطان، الحوادث الجزيئية المترتبة في نشوء السرطان الكولوني المستقيمي.

إن شجرة النسب للعائلات المصابة بسرطان كولون وراثي غير بوليسي (HNPPCC). يُعرف أيضًا بمتلازمة لينش (Lynch's Syndrome) تشير إلى تمدد وراثة جسدية مسيطرة.

هذا المرض لديهم طفرات في Germ-Line (وراثة أو أكثر) (السمة Hpmh1.Hmh2.Hpmh2). المترتبة على إصلاح العيوب التي تحدث بشكل طبيعي خلال استنساخ DNA. إن فشل نظام (إصلاح خطأ المقابلة) لـ DNA يتسبب في أنماط ظاهرية غير ثابتة جينياً وتجمع طفرات جسدية متعددة على طول الجينوم.

المعايير الضرورية للتشخيص هذه الحالة معطاة في (الجدول 66). الخطورة مدى الحياة للسرطان الكولوني المستقيمي عند الأشخاص المتاثرين وراثياً هي 80٪. العمر الوسطي لتطور السرطان هو 45 سنة ونحو 50٪ من المرضى يوجد أيضًا زيادة في معدل حدوث سرطانات باطن الرحم والموسيل المولاني والمعدة والمتكرراس. أولئك الذين يتحققون معايير التشخيص يجب أن يحالوا إلى تقييم شجرة النسب Pedigree Assessment والفحص الجيني وتخطير الكولون وهذا يجب أن يبدأ

يـاً حوالي سن 25 من العمر او 5-10 سنوات ابكر من سن حالة سرطان الشخص الذي اصيب به باصغر عمر في المائة، يحتاج تقطير الكولون إلى الإعادة كل 1-2 سنة.

10٪ إضافية من المرضى والذين ليس لديهم HNPCC لا يزال لديهم فحص عالي للسرطان الكوليوني المستقيمي، الخطورة النسبية للسرطان مع وجود مصاب أو مصابين من أقارب الدرجة الأولى تبلغ 1 لكل 12 و 1 لكل 6 بالترتيب، تكون الخطورة أعلى أيضًا إذا كان الأقارب مصابين بعمر باكر، الجينات التي تواصت هذه الخطورة الرائدة غير معروفة.

B. الإعراضية:

تشا معظم الأورام من تحول خبيث للبوليب القديمي الحميد، أكثر من 65٪ تحدث في المستقيم والمسين و 15٪ إضافية تحدث في الأمعاء أو الكولون الصاعد، الأورام المتزامنة تظاهرة في 2-5٪ من المرضى، بالفحص العياني تكون معظم السرطانات إما بوليبية وظاهرية أو حلقية ومحضية، يحدث الانتشار عبر جدار الأمعاء، قد تغزو سرطانات المستقيم الأحشاء، الحوضية والجدران الجانبية، الغزو اللمفاوي شائع عند التظاهر كما يكون منتشرًا عبر الدوران البابي والجهاري لتصمل الكبد وبشكل أقل شيوعاً الرئتين، إن مرحلة الورم عند التشخيص هي الأكثر أهمية في تحديد الإنذار.

C. المظاهر السريرية:

تنمو الأعراض تبعاً لموقع السرطان، في أورام الكولون الأيسر فإن النزف المستقيمي القاني شائع ويحدث الانسداد باكراً، أورام الكولون الأيمن تظهر بفقد دم بسبب نزف خفي أو تظهر بتأديب العادة المعيشية لكن يكون الانسداد مظهراً متاخراً، يتظاهر الألم الماغرس أسفل البطن عند ثلثي المرضى ويحدث النزف المستقيمي عند 50٪ من المرضى، تظهر ثلاثة من المرضى بظاهر الانسداد أو الانقباض مما يؤدي لانهاب بريتواني أو خراج موضع أو تشكل ناسور، عادة يسبب سرطان المستقيم تزهاً باكراً أو تزهاً مخاطياً أو الشعور بإفراط غير كامل، يتظاهر 10-20٪ من كل المرضى فقد دم بغير الحدید أو يتظاهرون بنقص الوزن، بالفحص من الممكن أن توجد كتلة مجموسة أو علامات فقر الدم أو متلازمة كيدية بسبب النسائل، من الممكن أن تكون أورام أسفل المستقيم مجموسة بالفحص الإصبعي.



الجدول 66: معابر تشخيص سرطان الكولون الوراثي غير البوليبي:

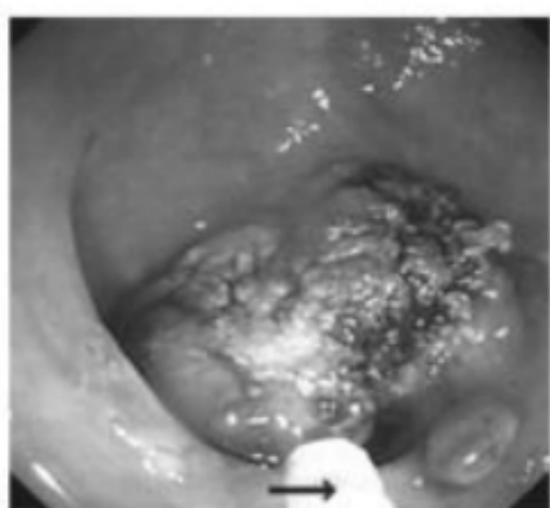
- * ثلاثة أقارب أو أكثر لديهم سرطان كوليبيون (على الأقل واحد درجة أولى من القرابة).
- * سرطان كوليبيون مستقيمي في جيلين أو أكثر.
- * على الأقل فرد مصاب تحت عمر 50 سنة.
- * استعداد داء البوليبيات الوراثية المائل.

D. الاستقصاءات:

تنظير السين الصلب سوف يحدد تقريباً تلك الأورام. تنظير الكولون (انظر الشكل 62) هو الاستقصاء الم منتخب لأنه أكثر حساسية ونوعية من رحضة الباريوم. علاوة على ذلك فإن الآفات يمكن أن تخزع ويمكن أن تزال البولبيات. الإيكو عبر الشرج أو مرنان الحوض يحدد مرحلة سرطانات المستقيم بدقة. تصوير الكولون بالـ CT هو تقنية غير رائحة وواحدة في تشخيص الأورام والبولبيات الكبيرة. لذا CT اهمية في تحديد النقال الكبدية على الرغم من ازدياد استخدام الإيكو داخل العمليه لهذا الغرض. جزء من الترخيص لديهم ارتفاع في تركيز المستضد السرطاني الجنيني CEA. ولكن هنا قابل للتغيير ولذلك فهو قليلاً ما يستخدم للتشخيص. إن قياس CEA ذو قيمة على كل حال خلال المتابعة ويمكن أن يساعد في تحديد التكميم الباكر.

E. التدبير:**I. الجراحة:**

تزال الأورام مع حواجز استئصال ملائمة. إضافة إلى العقد اللمفاوية حول الكولون. يتم إعادة الاستمرارية بالملفاغرة المباشرة حيثما أمكن. السرطانات ضمن بعض سلسلات من ختار الشرج Anal Verge قد تتطلب قطعماً بخطيباً عجانياً وتشكيل كولوستومي. كل الترخيص يجب أن يستشاروا قبل العملية حول الحاجة المكملة للفقر. تستأصل النقال الكبدية المنعزلة أحياناً في مرحلة متاخرة.



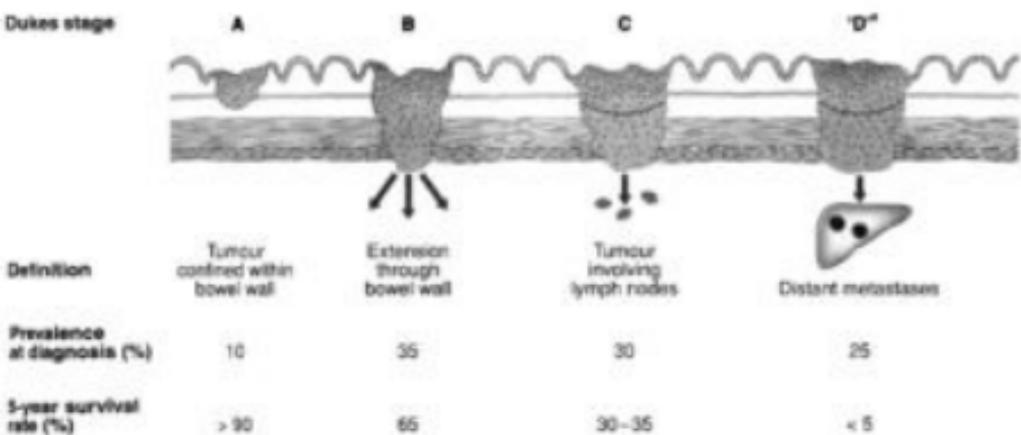
الشكل 62: منظر لتنظير الكولون لسرطان مستقيم بوليسي خاضع للعلاج باللaser عند مريض غير ملائم للجراحة.

بعد العملية يجب أن يختبر المرضى لتنظيم كولون بعد 6-12 شهر وبشكل دوري بعد ذلك للبحث عن التكيس الوضعي أو تطور آفات جديدة والتي تحدث في 7% من الحالات.

2. العلاج المساعد:

ثالثاً المرضى يكون لديهم انتشار عقدة لمفاوية أو انتشار بعيد (مرحلة C من تصنيف Dukes 63). عند النظائر ولذلك يكونون غير قابلين للشفاء بالجراحة لوحدها. معظم حالات التكيس تحدث في غضون ثلاثة سنوات من التشخيص.

تكتس السرطانات الكولونيية في العقد المقاماوية والكبد والبريتون. العلاج الكيماوي المساعد بـ 5-فلوروكسيوراسيل وحمض الفولينيك (إنقاذه الصمعية) يحسن المقيمة بدون مرض والبقاء الكلية عند مرضى سرطان الكولون بتصنيف Dukes. يؤمن هذا المركب تطبيقاً مفيداً لمرضى الماء النقيلي وعادة يكون حسن التحمل. يعطى شوط قصير من العلاج الشعاعي قبل العملية. ترتكس سرطانات المستقيم الثابتة والكبيرة لتقليل مرحلة Down-Stage للمرضى. سرطانات المستقيم C Dukes وبعض سرطانات المستقيم B Dukes يعطى علاج شعاعي بعد العملية لتقليل خطورة التكيس.



الشكل 3: المراحل والبقاء في السرطان الكوليوني المستقيم (هـ) تصنيف Dukes الأصلي كان يملك فئتين للراحل من A-C).

F. الوقاية والتحري:

تشير الأدلة إلى أن السرطان الكولوني المستقيم قابل للوقاية. حتى الآن لا توجد إرشادات في المملكة المتحدة من أجل الوقاية البدنية بالتغييرات الغذائية أو تغييرات نمط الحياة.

I. الوقاية الكيمائية:

لا يوجد حتى الآن عامل فعال وأمن وطويل الأمد. العوامل الواحدة حتى اليوم هي الأسبرين والكالسيوم وحمض الفوليك.

نكون 2-COX ذات تعبير مفرطة في العديد من البولبيات ومعظم السرطانات الكولونية المستقيمية حيث أنها تملكفعلاً مضادة للموت الخلوي المبرمج لذلك قد تكون مثبطات COX-2 الانتقائية أدوية وقاية كيماوية مفيدة مع ميزة أمان تفوق مضادات الالتهاب اللاستيرويدية القياسية.

2. الوقاية الثانية:

تهدف الوقاية الثانية إلى تحديد وإزالة الآفات في مرحلة باكرة أو قبل الخيانة. توجد طريق محتملة عديدة:

- الاستئصال واسع الانتشار بواسطة الشخص المنتظم للدم الخفي في البراز (FOB) ينخفض معدل الوفيات من السرطان الكولوني المستقيمي بنسبة 15-20% ويزيد نسبة التحديد الباكر للسرطانات. بصورة عامة ينخفض هذه الاختبارات الحساسية والتوعية وتحتاج إلى تحسين. في الولايات المتحدة الأمريكية فإن استئصال FOB يوصى به بعد عمر الـ 50 سنة.

- ي ECS تنظير الكولون المعيار الذهبي لكنه يتطلب خبرة وهو مكلف ويحمل مخاطر ومزيد من الأقطار ينقصها الموارد لتقديم هذا الشكل من الاستئصال.

- تنظير السين المرن هو خيار بديل وأظهر أنه ينخفض معدل الوفيات الكافي من السرطان الكولوني المستقيمي حوالي 35% (70% من الحالات الناشئة في المستقيم والسعين). يوصى به في الولايات المتحدة الأمريكية كل خمس سنوات لكل المرءين فوق عمر الـ 50 سنة.

- التسخن بالتحليل الجيني الجزيئي هو شيء مأمول مثير لكنه غير متوفّر بعد.

EBM

استئصال السرطان الكولوني المستقيمي - دور اختبارات الدم الخفي في البراز.

الخطوات من ثلاثة تجارب مشهورة تووضح أن فحص الدم الخفي في البراز كل 2-3 سنة ينخفض نسبة الوفيات من السرطان الكولوني المستقيمي بـ 15-33%.

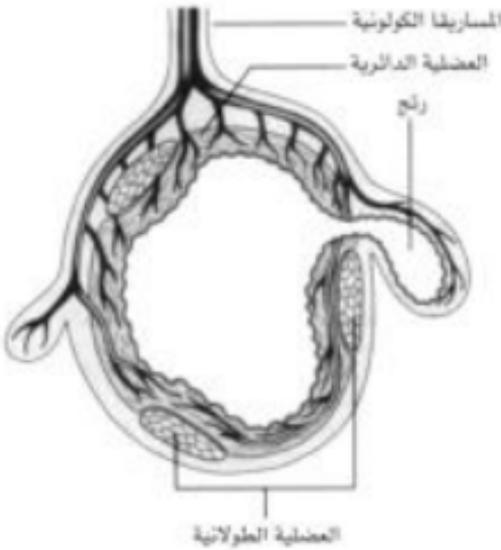
داء الرتوج

DIVERTICULOSIS

يكون الرتوج مكتسباً وأكثر شيوعاً في السنين والتوكولون النازل عند النساء ذوي الأعمر المتوسطة. يظهر داء الرتوج عند أكثر من 50% من الناس فوق عمر الـ70 ويكون لا عرضياً عادةً. داء الرتوج العرضي أو المختلط (التهاب الرتوج) هو أقل شيوعاً بكثير.

A. السببيات:

الغذاء المكرر (المتقى) طول الأمد مع عوز نسبي في الألياف يعتقد بشكل واسع أنه المسؤول والحالة نادرة عند الشعوب التي يكون مدخلولها عالي من الألياف الغذائية خصوصاً في إفريقيا وأجزاء من آسيا. من المسلم به بأن البراز قليل الحجم يتطلب مت fremطاً داخل كولوني مرتفعاً من أجل دفعه وهذا يقود إلى انتقال المطاطية بين الشرائط الكولونية (المعنلة الطولانية) (انظر الشكل 64).



الشكل 64، الكولون البشري بـ داء الرتوج. الجدار الكوليوني ضعيف بين الشرائط المعنالية الطولانية. الأوعية الدموية التي تروي الكولون تخترق العضدية الدائرية وتضعفها أكثر بتشكيل أنيق. تنشأ الرتوج عادةً عبر هذه التفاصيل الأقل مقاومة.

B. الإعراضية:

تناقض الرتوج من النداعات مخاطية مقطعة بالبريتون. يوجد بشكل شائع فرط نمو الطبقة العضلية الحلقية. يعتقد أن الالتهاب ينبع من انحصار الرتوج بالحصيات البرازية. هذا قد يشفي عفويًا أو يتزلف ليبسيب انتقاماً وتشكل خراج موضعي وتواسير والتهاب بريتون. الهجمات المعاودة من الالتهاب تؤدي إلى تخانة في جدار الأمعاء وتنشق في اللعنة والتسداد في نهاية الأمر.

C. المظاهر السريرية:

تكون الأعراض عادة نتيجة الإمساك أو التشنج المراقق. الألم الماغص يكون عادة فوق العانة أو يشعر به في الحفرة الحرقافية اليسرى. قد يكون الكولون النازل مموجوساً ويلا布 التهاب الرتوج يوجد مرض مع دفاع وسلامة وكثرة مموجوسة. خلال هذه النوب قد يوجد أيضاً إسهال أو نزف مستقيم أو حمى. يشمل التشخيص التقريري: السرطان الكوليوني المستقيمي والتهاب الكوليون الإفقاري والداء المعموي الالتهابي والإنتان. يختلط داء الرتوج بالانتقام وبالخرج حول الكوليون وبالنزف المستقيمي الحاد. هذه الاختلاطات أكثر شيوعاً عند المرضى الذين يأخذون NSAIDs أو الأسبرين.

D. الاستقصاءات:

وهذه تجري عادة لاستبعاد الورم الكوليوني المستقيمي. تؤكد رخصة الباريوم وجود الرتوج (انظر الشكل 65). يمكن أيضاً أن ترى التضيقات والتواصير. التنظير المرن للمرء يستبعد الورم المراقق والذي ينوطنا بسهولة شعاعياً. يتطلب تنظير الكوليون الخبرة ويحمل خطراً للانتقام. يستخدم CT لتنبيه الاختلاطات.

E. التنبير:

داء الرتوج اللاعرضي والذي يكتشف صدفة لا يتطلب أي علاج. يمكن أن التخلص من الإمساك بالغذاء، الذي يالإلياف مع أو بدون الملبيات المضخمة للكثرة (Sachets Ispaghula Husk 2-1 يومياً) التي تؤخذ مع مقدار وافر من السوائل. يجب تجنب المتباهات. تتطلب الهجمة الحادة من التهاب الرتوج 7 أيام متزدوج 400 مللي كل 8 ساعات فموياً دائماً مع إما سيفالوسبيرون أو أمبفيسلين 500 مللي كل 6 ساعات فموياً. تتطلب الحالات الشديدة سوائل وريدية ومسككات ورشقاً انتهاً معدياً. يعتقد بالجراحة الإسعافية للنزف الشديد أو الانتقام. تجري الجراحة الانتخابية للمرضى بعد الشفاء من الهجمات الحادة المعاودة من الانتقام. وإن استئصال القطعة المصابة مع مغاغرة بدائية هي العلاج المنتظر.



الشكل 85- رحمة الباريوم تبدي داء رتجو شديد. يوجد تعرج وتحفيق في الكولون السيني مع رتجو متعددة (السهم).

الإمساك وأضطرابات التقويم CONSTIPATION AND DISORDERS OF DEFAECATION

المقاربة السريرية لمرضى الإمساك وسببياته وصفت في المصفحات 54-55.

I. الإمساك البسيط SIMPLE CONSTIPATION

وهو شائع للغاية ولا يشير إلى مرض عضوي أساسى. عادة يستجيب لزيادة الألياف في الغذاء أو استخدام العوامل المضخمة للكللة والدخول الملائم من السوائل أساسياً أيضاً. انماط عديدة من الملنات متوفرة وهي مدونة في الجدول 67.

II. الإمساك الشديد مجهول السبب SEVERE IDIOPATHIC CONSTIPATION

وهو يحدث وعلى وجه الخصوص تدريجياً عند النساء الشابات وغالباً يبدأ في المراهقة. السبب غير معروف ولكن البعض لديهم (عبر بطيء) مع فعالية حركية منخفضة في الكولون، وآخرين لديهم (تفصود مسندور) ناجم عن تقلص غير ملائم للعصارة الشرجية الخارجية وللعضلة العانية المستقيمية (Anismus).

الجدول 67: المثلثات.

الصنف	المادة
الشكلاة للنحجم	Ispaghula Husk ميبل سيلوز
المنبهات	سياسكوديل. داكترون (فقط للمرضى المصابين بشكل التهاب).
معطرات البراز	Docusate الستا.
الكلبات الحلوانية	Docusate رخصة زيت القسطنط.
آخر	بوولي إيتيلين غليكول (PEG). رخصات المؤسفات.

* تستخدم بشكل رئيس للتهدئه المقوى قبل الاستئصال أو الجراحة.

غالباً ما تكون الحالة مقاومة للعلاج. العوامل المضخمة لكتلة البرازية قد تقاضم الأعراض لكن العوامل المؤدية للحركة أو المحايل التوازنة من بوولي إيتيلين غليكول 3350 تقييد بعض المرضى الذين لديهم عبور بطيء. تحاميل غليسيرول وتقنيات التقطيم الراجع الحيوي تستخدم لأولئك الذين لديهم تغوط مسدود. نادرًا ما يكون استئصال الكولون تحت التام ضروريًا كملاء آخر.

III. الانحسار البرازي :FAECAL IMPACTION

في الانحسار البرازي تملأ المستقيم كتلة براغية كبيرة وقاسية. ويعمل هذا للحدوث عند المرضى العاجزين أو اللذين أو مرض المؤسسات الصحية خصوصاً كبار السن الضعفاء أو أولئك الذين لديهم تخلف عقلي. الأدوية المساعدة للإمساك واعتلال الأعصاب الذاتي وحالات الشرج المؤذنة كلها تسهم في ذلك أيضاً. إن الكولون المرتجل والانسداد المعموي وإنتانات السبيل البولي قد تحدث كثيير إنتانة تالي لانحسار البرازي. أحياناً يشاهد الانقسام والتزلف من التقرح المحدث بالضغط. يشمل العلاج إماهة ملائمة وإزالة الانحسار الاصبغي الحذر بعد تلين البراز للنحشر برهضات زيت القسطنط ويجب تحسب المنبهات.

IV. تملن الكولون ومتلازمات سوء استخدام الملينات:

MELANOSIS COLI AND LAXATIVE MISUSE SYNDROMES:

الاستهلاك طويلاً الأمد للملينات النباتية يؤدي إلى تراكم صبغان ليبوفوسجين Lipofuscin في البالغات في المسطحات المخصوصة. وهذا يمنع ثلوتاً بنياً للمخاطية الكولونية بوصف غالباً كثبيه (الجلد، التمر). الحالة سليمة وتنشفى عند إيقاف الملينات.

بشكل نادر قد يسبب الاستخدام المطول للملينات كولوناً عرطاً أو (كولون الملين Cathartic colon) وفيه تظهر رخصة الباريوم مخاطية غير مميزة وفقدان الشفاف وقصر الأمعاء.

إن سوء استخدام التعامل المليء هي حالة نفسية تشاهد عند النساء الشابات. بعضهن لديهن قصة نهام أو قصة قيء عصبي، وهن يشكين من إسهال مائي معند. عادة ما ينكر استخدام الملينات وقد يستمر استخدامها حتى عندما يكون المريض خاصعاً للاستقصاء. تحري الملينات في البوال قد يظهر التشخيص.

5. الكولون العرطل MEGACOLON

يتميز الكولون العرطل بتتوسيع الكولون وبإمساك معند. قد يكون خلقياً (داء هيرشبرون) أو يتطور لاحقاً أثناء الحياة (الكولون المرسل المكتسب).

A. داء هيرشبرون Hirschsprung's disease

وهو انعدام الخلايا العقدية الخلقى للأمعاء الغليظة مع معدل حدوث 1 من كل 5000. قد يكون موضعاً أو منتشرأً وتوجد قصة عائلية في 1/3 الحالات. تنتج الحالة عن فشل في هجرة الأرومات العصبية إلى جدار المعي خلال النطوير الجنيني. تكون الخلايا العقدية غائبة من الضفتان العصبية والشكل الأكثر شيوعاً يكون في قطعة قصيرة من المستقيم و/أو الكولون السيني. ونتيجة لذلك تفشل المصمرة الشرجية الداخلية في الارتفاع. الإمساك والتمدد البطني والإقياء عادة ما تتطور مباشرة بعد الولادة. لكن توجد حالات قليلة لا تتظاهر حتى الطفولة أو حتى سن المراهقة. يكون المستقيم فارغاً بالفحص الإشعاعي.

تظهر رخصة الباريوم مستقيماً صغيراً وتوسعاً كولونياً فوق القلمة المتذبذبة. الخزعنة كاملة التخانة مطلوبة لإظهار الضفتان العصبية وللإثبات غياب الخلايا العقدية. تستخدم أيضاً الواسعات الكيميائية التنسجية للأستabil كولون استيراز. قياس المنفذ الشرجي المستقيم يثبت فشل المستقيم في الارتفاع مع نفخ البالون. يشمل العلاج استئصال القطعة المصابة.

B. الكولون العرطل المكتسب

وهذا قد يتطور في الطفولة نتيجة الكبح الإرادي للبراز خلال التدريب على التواليت. في هكذا حالات فإنه ينطaher بعد السنة الأولى من الحياة ويكون معيناً عن داء هيرشبرون بالحاج البراز وجود البراز في المستقيم، عادة يستجيب للملينات التناضجية.

عند البالغين فإن الكولون العرطل المكتسب أسباب عديدة، إنه يرى عند مرضه الاكتئاب أو المرض المعنويين إما كجزء من الحالة أو كتأثير جانبي للأدوية المضادة للأكتئاب. إن سوء الاستخدام المطول للملينات المنبهة قد يسبب انحلالاً في الضغيرة العضلية المغوية، بينما قطع التعمسيب الحس أو الحركي قد يكون هو المسؤول في عدد من الانحرافات المغوية. إن سلامة الجلد وقصور الدرق هي حالات أخرى معينة، يمكن أن يدير معظم المرضى بشكل محافظ وذلك بعلاج السبب الأساسي وبالغذاء الذي يختلف حوصلات كثيرة وبالملينات وبالملينات وبالاستخدام الحكيم للرحمات.

إن مشكلات الحركة تكون مفيدة في فحص المرضى، إن استئصال الكولون تحت الثامن هو الملاذ الأخير للمرضى ذوي الإصابة الأشد.

VI. الانسداد الكوليوني الكاذب الحاد: متلازمة Ogilvie:

ACUTE COLONIC PSEUDO-OBSTRUCTION (OGILVIE'S SYNDROME):

لهذه الحالة أسباب عديدة (انظر الجدول 68) وتتميز بهذه مفاجئ نسبياً لخطامة في الكولون القريب غير مؤلة وشديدة الترافق بالتشنج. لا توجد مظاهر لانسداد الميكانيكي. تكون الأسوأ المغوية طبيعية أو ذات نفحة عالية أكثر مما تكون غالبة. عندما تترك دون علاج فإنها قد تترافق إلى الانقباض والتهاب البريتوان والروقة.

الصور الشعاعية البسيطة للبطن تظهر توسيعاً كولونيياً مع هواء يمتد حتى المستقيم. قطر الأمعاء الكبير من 10-12 سم يترافق مع خطورة عالية للانقباض. رحمات الباريوم وحيدة النهاين أو المتصلة بالآراء توسيع غيباب الانسداد الميكانيكي.

الجدول 68: أسباب الانسداد الكوليوني الحاد الكاذب.

• الرماتوسن - العروق.
• جراحة حديثة.
• أدوية مثل الأفيونيات والفينوتريازينات.
• القصور التنسلي.
• انتشارات الشوارد واضطرابات التوازن الحمضية - القلوي.
• الداء السكري.
• البورسيا.

يتألف التدبير من علاج الاضطراب الأساسي وتصحيح أي شذوذ كيماري حيواني، مضادات كولين استيراز، نيوستقمين غالباً ما تكون فعالة وذلك بتعزيز الفعالية بخطيرة الودية وتعزيز حرکة الأمعاء. تخفيف الضغط، إما بآليوب هستسيمي أو بتحفيز الكولون الحذر قد يكون مفيداً لكنه يحتاج إلى الإعادة حتى تشفى الحالة. في الحالات الشديدة فإن فقر الأعور غير الوظيفي جراحيأ أو منظار التالق يكون ضروريأ.

VII. الانتان بالطفلية الصعبة : CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION

الإسهال المرافق للصادات والتهاب الكولون العشائري الكاذب هي جزء من نفس طيف المرض والذي ينبع من اضطراب في الغلوكالسيوم الطبيعي للأمعاء، يمكن أن تعزل المبطنة الصعيبة من نسبة متغيرة من المرضى ويعتقد أن تكون السبب في معظم الحالات، المبطنة هي جرثومة إيجابية الغرام، لاهوائية، مولدة للأبوياغ، توجد بشكل شائع في أحجنة الماشي.

A. نشوء المرض

حوالي 5% من البالغين الأصحاء، وحتى 20% من مرضى العناية طويلة الأمد (المسنين) يحملون المطحنة الصعبية. عادة يكون الارتفاع مكتسباً في المشفى ويصبح موطئاً (فائماً) عندما تضطرب الغلورا الجرثومية الطبيعية للكوتون بالعلاج بالصادات. يمكن أن يحدث أيضاً عند المرض المفصليين والذين لم يتعرضوا للصادات. وعلى الرغم من أنه تقريباً كل صاد قد يكون مسؤولاً لكن الصادات المتورطة الأكثر شيوعاً هي السيفا-لوسموريات والأمبوليں والأمووكسي سيللين وكابندامايسين. تنتج المطحنة نيفاتين خارجين A و B ساميين للتخلص والتدهور وكلاهما يساهم في الفروعة.

استجابات أضداد المضيف تسم المطثية الصعبية A قد يلعب دوراً في تحديد الاستجابة السريرية للإلتان.

الإمام احمد

يشكل بدئي تظاهر المخاطية مناطق بؤرية من الالتهاب والتقرح. في الحالات الشديدة تصبح القرحات مفطّرة يتشاءكذب دبق بلون أبيض كريمي مؤلف من فسيرين وحمض خلوي وكربيرات مقصصه النوى.

C. المظاهر المبكرة

تحدث حوالي 280 من الحالات عند النساء بأعمار أكبر من 65 سنة. ويكون العدد، منهم ضعيفي الجسم من أمراض مشاركة. عادة تبدأ الأعراض في الأسبوع الأول من العلاج بالصدادات ولكن يمكن أن تحدث في أي وقت وحتى 6 أسابيع بعد انتهاء المعالجة. غالباً ما يكون البدء مختللاً مع آلام أسفل البطن وإسهال قد يصبح غزيراً ومتانياً. قد يشيء النظائر التهاب الكولون التقرحي الحاد مع إسهال مدمى وحمى وحتى توسيع سمعي وانتقام. يشاهد العذون أيضاً في التهاب الكولون الفشالي الكلاب.

D. التشخيص:

يجب أن يشك بالتشخيص عند كل مريض يأخذ حالياً أو أخذ حديثاً صادات، قد تكون المظاهر المستقيمية بمتضيمر المرين معهزة مع حمامس أو لويحات بيضاء أو غثاء، كاذب دقيق، في أوقات أخرى تشبه المظاهر تلك المشاهدة في التهاب الكولون القرحي. في بعض الحالات تخف الإصابة عن المستقيم وتتصيب التبدلات بشكل رئيسي الكولون القربي، تؤخذ الخزعات بشكل روتيبي.

زرع البراز تعزل المثلية الصعبية عند 30% من مرضى الإسهال المرافق للصادات وعند أكثر من 90% من مرضى التهاب الكولون الغاثي الكلاب، بما أن بعض الناس الأصحاء قد يرون المثلية الصعبية فإن عزل الديفانين A و B بدراسات السموم الخلوية يكون مطلوباً لإثبات التشخيص. إن الزرع وعزل الديفان يمكن أن يكون صعباً وقد يأخذ حتى 72 ساعة.

E. التدبير:

يجب إيقاف الصاد المتهم ويجب أن يعزل المريض، غالباً ما تحتاج إلى العلاج الداعم بالسوائل الوريدية وإراحة الأمعاء. المرضى العليلون وأولئك الذين لديهم دليل على العلوس أو التوسع أو التهاب الكولون الغاثي الكلاب يجب أن يعالجوها بالصادات وتكون أكثر فعالية عندما تعطى فموياً. ويوجد القليل للاختيار بين المترونيدازول 400 ملغم كل 8 ساعات وفانتوكومايسين 125 ملغم كل 6 ساعات. عادة ما يكون العلاج لسبع أو عشر أيام فعلاً على الرغم من أن النكس يحدث عند 5-20% ويطلب إعادة المعالجة. يعطى الفنوبولين المناعي الوريدي أحياناً في الحالات الأشد. تشمل الإجراءات الوقائية الاستخدام المسؤول للصادات وتحسين الإجراءات الصحية في الجنح ونسيل الأيدي ومكافحة الإنفلونزا.

VIII. البطانة الرحمية المنتبذة (الإندوبيستروز): ENDOMETRIOSIS

يمكن للنسج البطاني الرحمي المنتبذ أن يصبح منظماً في الوجه المصلي للأمعاء، وبشكل أكثر توازاً في المرين والمستقيم. تكون المخاطية المخطية سليمة عادة، الاحتقان الدوري والالتهاب يتسبب به المرض ونزف وإسهال وإنسداد والتصاقات أو انسداد.

يكون الألم أسلف العلهر شائعاً. عادة يكون البده بين سن الـ20 والـ45 سنة وأكثر شيوعاً عند النساء بعد عمليات الولادة. الفحص اليدوي الثاني قد يظهر عقدات ممضة في ربع دوغلاس. فقط دراسات التقطير الباطني تظهر التشخيص إذا أجريت خلال الدورة الطمثية حيث يتضمن وجود كثرة زرقاء مع مخاطية مخطية سليمة.

عند بعض المرضى يكون تطهير البطن مطلوباً. تشمل الآراء العلاجية إنفاذ الحرارة بتطهير البطن والعلاج الهرموني بالبروجسترونات (مثل Norethisterone) ومشابهات الهرمون المحرر للفونادوتروبين أو الدانازول.

:PNEUMATOSIS CYSTOIDES INTESTINALS IX

في هذه الحالة النادرة فإن كيسات متعددة تحت مخاطية مملوقة بالغاز تجعل جدار الكولون والأمعاء الدقيقة. السبب غير معروف ولكن الحالة قد تشاهد عند مرضي الداء القلبي المزمن أو مرضي الداء الرئوي وفيه انسداد البواب أو صلابة الجلد أو التهاب الجلد والعضلات. يكون معظم المرضى لا يعانون على الرغم من أنه قد يوجد مغص بطيء وإسهال وزفير ونزف مستقيمي ونزف مخاطي. تكون الكيسات مميزة بظهور المسرين أو بالصورة البسيطة للبطن أو براحتة الباريوم. تكون مستويات هيدروجين النفس الصيامي مرتفعة وتختفي بالمعالجة. المعالجة المسجل غاليتها تشمل أوكسجين بجريان عالي لبشرة طويلة والأغذية الأولية والصادات.

فضايا عند المسنين:

الإمساك:

- * الاهتمام الاستثنائي يجب أن يوجه لعدم الحركة وتناول السوائل والألياف القوية والأدوية والاكتاب في تقييم الناس كبار السن الذين لديهم إمساك.
- * عدم الحركة مسؤول عن الإمساك بزيادة زمن العبور الكوليتي وعندما يصبح هذا أطول فإن انتساق السائل يكون أكبر والبراز أقس.
- * عند أولئك المصابين ببطء زمن العبور فإن العوامل المصبحة للكثافة يمكن أن تجعل الأمور سهلة ويرجح أن يتم تجنبها.
- * إذا نظروا لاحتشار البرازي فإنه قد يحدث إسهال تناقض بالإضافة، إذا أعطيت العوامل المعاونة لإمساك فإن الاحتشار الأساسي قد يسوء ويسبب بلا اختلالات خطيرة كالنقرح الفاطلي والنزف.

الاضطرابات الشرجية المستقيمية

ANORECTAL DISORDERS

:FAECAL INCONTINENCE I

السيطرة الطبيعية على الاسترساك الشرجي موصوفة في الصفحة 22. الأسباب الشائعة لعدم الاسترساك مدونة في (الجدول 69).

غالباً ما يكون لدى المرضى ارتياك في الاعتراف بعدم الاسترساك وقد يشكرون فقط من الإسهال. القصة الدقيقة والفحص خصوصاً الشرجي المستقيمي والمعجاني قد يساعد في تحديد السبب الأساسي. الإيكو عبر الشرج

فيتم في تحديد سلامة الممرات الشرجية، بينما في باس الضفدع الشرجي المستقيمي بالسانوميت والدراسة الميزيولوجية الكهربائية هي استئصالات مفيدة أيضاً إذا كانت متوفرة.

التدبر:

وهو غالباً ما يكون صعباً جداً، يجب معالجة الانصهارات الأساسية ويدبر الإسهال باللوبيراميد أو داي فينوكسيلات أو كودين فوسفات، إن تمارين أرضية الحوض وتقنيات التقويم الرابع الحيواني تساعده بعض المرضى وأولئك الذين لديهم عيوب مثبتة في الممرضة الشرجية قد يستفيدون من عمليات إصلاح الممرضة.

II. ال بواسير (PILES): HAEMORRHOIDS

تشا ال بواسير من احتقان العضلات الوريدية الداخلية و/أو الخارجية حول القناة الشرجية، وهي شائعة للغاية عند البالغين، السبب مجهول على الرغم من أنها تترافق مع الإمساك والجهد (العسر والكبس) وقد تتطور للمرة الأولى خلال الحمل، تنزف ال بواسير من الدرجة الأولى بينما تحيط ال بواسير من الدرجة الثانية لكنها تتراجع عدوياً، ال بواسير من الدرجة الثالثة هي تلك التي تتطلب إرجاعاً يدوياً بعد الهبوط، يحدث النزف المستقيمي الأحمر البراق بعد التبرز، تشمل الأعراض الأخرى الألم والحكاك الشرجي والنزح المخاطي، يتضمن العلاج إجراءات لتجنب الإمساك والعسر (الكبس)، إن العلاج المصلب بالحقن أو الربط يتحقق عمالين ل معظم المرضى لكن قلة من المرضى يحتاجون إلى استئصال ال بواسير والذي يكون شافياً عادة.

الجدول 49: أسباب عدم الاستئصال البرازي.

- الرعش التوليدي- ولادة الطفل، استئصال الرحم.
- الإسهال الشديد، الاتحصار البرازي.
- التشوهات الشرجية المستقيمية الخلقية.
- الداء الشرجي المستقيمي - ال بواسير، هبوط الشرج، داء كرون.
- الانصهارات المعوية آفات الحول الشوكى أو دبيل الفرس، العنة.

III. الحكة الشرجية PRURITUS ANI

وهي شائعة ويمكن أن تنتج عن أسباب عديدة (انظر الجدول 70) معظمها ينجم عن تلوث الجلد حول الشرج بمحنويات برازية.

قد تكون الحكة سبطة أو شديدة وتسبب حلقة حكة - خدش - حكة والتي تفاقم المشكلة، عندما لا يوجد سبب أساسى فإن كل المراهم والكريمات يجب إيقافها، إن الإجراءات الصحية الشخصية الجيدة أمر أساسى مع التفصيل بعناية بعد التبرز، يجب أن تحفظ المطلقة حول الشرج جافة ونظيفة، المليتات المشكلة للكائنات قد تتضمن التلوث البرازى.

الجدول 70: اسباب الحكة الشرجية.

حالات شرجية مستقيمية بوربة:
* التوسيع والشقوق.
* ضعف في الاجراءات الصغيرة الشخصية.
الانتانات:
* الكاتنيدا.
الاضطرابات الجلدية:
* الصداف.
* التهاب الجلد التماسي.
* الحرزاں المسمى.
اسباب اخرى:
* الاسهال او عدم الاستمساك من اي سبب.
* اللقاح.
* متلازمة الاماء البوسوجة.

:IV. متلازمة القرحة المستقيمية الوحيدة :SOLITARY RECTAL ULCER SYNDROME

وهي أكثر شيوعاً عند البالغين البقع وتحدد على الجدار المستقيمي الأمامي، يعتقد أنها ناجمة عن رض من مزمن موضع و/أو إفقار مراقب لوظيفة مضطربة للعملة العانية المستقيمية ومراقب للهبوط المخاطي. تشاهد القرحة بتطهير السنن وتظهر الخزعات تجمعاً مميزاً للكولاجن.

تشمل الأعراض نزفاً خفيفاً ومحاطاً من المستقيم والزحير والأتم العجانى. غالباً ما يكون العلاج صعباً لكن تجنب الكبس عند التبرز مهم وعلاج الإمساك قد يساعد. الهبوط المخاطي الواضع يعالج جراحياً.

:V. الشق الشرجي :ANAL FISSURE

في هذه المشكلة الشائعة فإن الأذية الرضدية أو الإفتارية للمخاطية الشرجية تتسبب في تعرق مخاطي سطحي و تكون الأكثر شيوعاً على الخط المتوسط خلفياً. تشع المسرة الشرجية الداخلية يفاقم الحالة. يحدث ألم شديد عند التبرز وقد يوجد نزف خفيف ونز مخاطي وحكة. قد يكون الجلد صلباً ومن الشائع وجود المباس الجلدية المتزنة أو (الحلمة الحارسة) المجاورة للشق.

تجنب الإمساك مع مليئات مشكلة للكثالة مهمة. إن إدخاء المسرة الداخلية يكون طبيعياً متواصلاً بالتنريف او كسيد وإن مرمم 20% من غليسيريل تري نترات والذي يمنع التنريف او كسيد فعالً عند جزء من المرضى. التوسیع البدوي تحت التخدير يؤدي إلى عدم استمساك طويل الأمد والذي استبدل بخزع المسرة الشرجية الجاتي لأولئك المحتاجين للجراحة.

VI. الخراجات والتواصير الشرجية المستقيمية:

ANORECTAL ABSCESES AND FISTULAE:

تتطور الخراجات حول الشرج بين المصرة الشرجية الداخلية والمصرة الشرجية الخارجية وقد تمتد إلى جلد حول الشرج. تحدث الخراجات الإسکية المستقيمية وحشى المصارف في الحفرة الإسکية المستقيمية. عادة تنتج من إنتان الغدد الشرجية بالجرائم المعاوية الطبيعية. أحياناً يكون داء كرون هو المسؤول. يشكو المرضى من آلم شديد حول الشرج وحصى و/أو نزق فرج. قد يؤدي التمزق العضوي أيضاً إلى تطور تواصير. وهذه قد تكون سطحية أو قد تمر عبر المصارف الشرجية لتصل المستقيم. تصريف الخراجات جراحياً وتجعل التواصير مفتوحة مع الانتباه لتجنب آذية المصارف.

أمراض جوف البريتون

DISEASES OF THE PERITONEAL CAVITY

I. التهاب البريتون: PERITONITIS

يحدث التهاب البريتون الجراحي نتيجة لاحتشاً متفرق. التهاب البريتون قد يكون اختلاطاً للجبن (التهاب البريتون الجرثومي العضوي) أو قد يحدث عند الألطفال مع غياب الجبن ويكون ناجماً عن إنتان بالملكتورات الرئوية أو العقديات الحالة للدم-β.

التهاب البريتون بالكلاميديا هو اختلاط للداء الحوضي الالتهابي. تظاهر النساء المصابةات بالدم بطنى في الربع العلوي الأيمن وحمس واحتكاك كبيدي (The Fitz-Hugh-Curtis Syndrome) Hepatic Rub.

السل قد يسبب التهاب بريتون وحبس.

II. الأورام: TUMOURS

والأكثر شيوعاً هي السرطانة الغدية الثانوية من المبيض أو من السبيل المعدى المعاوي. والميزوثليوما هو ورم نادر ينبع من التعرض للأسمدة. يتظاهر ككتلة بطنية منتشرة تأجم من ارتفاع ترس ومع الجبن. الإنذار سهل للغاية.

