

المحاضرة السابعة

أمراض جهاز الهضم -2-

Gastrointestinal diseases

القرحة الهضمية Peptic Ulcer

- تعني حدوث تآكل موضعي في الغشاء المخاطي لجدار المعدة أو الأمعاء
- وقد تكون القرحة في المعدة فقط أو في الجزء الأول من الأمعاء (الاثني عشر) أو في الاثني عشر معاً
- ونادراً ما تكون في أجزاء الجهاز الهضمي الأخرى كأسفل المريء مثلاً
- والقرحة سبب شائع للألم البطني
- وتحدث في مختلف الفئات العمرية وهي من الأسباب الرئيسية للنزف الهضمي.

❖ من الأسباب المؤدية لحدوث القرحة:

- الإصابة بجراثومة Helicobacter pylori، حيث أن حوالي 80% من القرحات تصاحبها إصابة بهذه البكتريا وهي بكتريا عصوية الشكل تعيش في بيئة المعدة الحامضية وتضعف الغشاء المخاطي للمعدة والأمعاء الدقيقة.
- الاستخدام المفرط للأدوية التي تسبب تآكلاً في غشاء المعدة المخاطي كالأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية (NSAIDs) Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs
- وجود خلل وظيفي في تفريغ الطعام أو تكوين السائل المخاطي.
- الكحول: يؤدي مخاطية المعدة والأمعاء ويؤدي لحدوث تشمع الكبد والتشمع يزيد حدوث القرحات
- التدخين: يزيد التدخين نسبة حدوث القرحات وينقص إستجابتها للعلاج ويزيد كثيراً من نكس القرحات يزيد إفراز الحمض وينقص إفراز البيكربونات الواقية.
- العادات الغذائية: تزيد المنبهات والبهارات والمواد المهيجة كالفلفل من نسبة حدوث القرحات حيث تؤدي لتخريش المخاطية.

- وجود تاريخ عائلي بمرض القرحة: تزيد نسبة القرحات عند أقارب الدرجة الأولى بنسبة 3 أضعاف وتزيد نسبة القرحات العفجية عند من لديهم زمرة دموية 0 وتزيد قرحات المعدة عند من لديهم زمرة A

❖ الأعراض :

- ✓ يشكو المصاب من ألم حارق حاد في أعلى البطن (منطقة الشرسوف) يزداد بالجوع وقد يوقظ الألم الشخص من النوم، يخف بتناول الطعام أو مضادات الحموضة.
- ✓ وقد يحدث غثيان أو أقياء أو شعور بالحموضة.
- ✓ و في بعض الحالات يحصل نزيف دموي بسيط من القرحة فيخرج دم عبر الفم أو مع البراز ويكون لون البراز في هذه الحالة أسود.

❖ التشخيص التفريقي:

عند الشك بالقرحة يجب نفي بعض الحالات ومنها:

- ✚ التهاب المعدة
- ✚ سرطان المعدة
- ✚ الفلج المعدي المريئي
- ✚ التهاب البنكرياس
- ✚ التهاب المرارة والقولنج المراري
- ✚ ألم رجيع (مثل التهاب التامور ، ذات الجنب واحتشاء عضلة القلب)

❖ الاختبارات التشخيصية :

فحوص مخبرية :

تعداد الدم الكامل CBC حيث يشاهد انخفاض الهيماتوكريت ووجود كريات ناقصة الصباغ والحجم (عند المصابين بنزف هضمي مزمن وترتفع الأميلاز في المصل وهي غير نوعية وإذا كان الارتفاع شديداً فيجب الشك بانثقاب القرحة).

فحوص شعاعية :

التنظير الهضمي العلوي يؤكد تشخيص القرحة.

عند حدوث انثقاب فإن الصور الشعاعية للصدر أو للبطن بوضعية الوقوف والاضطجاع الجانبي الأيسر تكشف وجود هواء حر.

❖ الاختلاطات :

- قد تحدث اختلاطات خطيرة تتطلب تدخلاً إسعافياً وجراحياً إذا أهمل علاج القرحة:
- ✓ انسداد مخرج المعدة (البواب)، بسبب الانتفاخ والندبات التي تسببها القرحة، وغالباً يصاحب ذلك تقيؤ شديد.
 - ✓ النزف في المعدة والأمعاء.
 - ✓ الانثقاب في جدار المعدة والأمعاء بفعل التآكل الذي تسببه القرحة، وقد يؤدي إلى نتائج خطيرة، وقد يؤدي إلى تدفق محتويات كل من المعدة والأمعاء إلى التجويف البطني. يشعر المريض بألم قوي ومفاجئ في البطن. ويمتد الألم في هذه الحالة إلى الظهر غالباً.

❖ المعالجة :

- مضادات الحموضة
- مضادات المستقبلات الهيستامينية / مثل السيميتيدين Cimetidine والرانيتيدين Ranitidine والفاموتيدين Famotidine.
- السكر الفات : أحياناً بدلاً من مضادات الحموضة وهو دواء يغطي القرحة ولا يمتص من الطريق الهضمي.
- مثبطات مضخة البروتون مثل: Lansoprazole, Omeprazole,esomeprazole, Pantoprazole

❖ علاج بكتريا الحلزونية البوابية : Helicobacter pylori

تستخدم لذلك الخطة العلاجية التالية :

- الصادات الحيوية: التتراسيكلين، ميترونيدازول، أموكسيسيلين، كلاريثرومايسين
- تعطى هذه الصادات عادةً بمشاركة نوعين منها معاً ، ويستخدم بجانب الصاد الحيوي إما مثبطات مضخة البروتون أو مضادات مستقبلات الهيستامين ... وينصح المريض الامتناع عن التدخين والكحول والأسبرين ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية والقهوة .

التهاب الزائدة Appendicitis

الزائدة الدودية هي عضو دودي الشكل مغلق من ناحية واحدة، يمتد متفرعاً من الأمعاء الغليظة ويقع في التجويف البطني في الجزء الأيمن السفلي منه. الأسباب غير معروفة دائماً، وعادة ما يكون السبب البكتريا الموجودة في السبيل المعوي أو انسداد مدخل الزائدة الدودية الذي هو نقطة التقائها مع الأعور الذي قد يحدث بمحتويات السبيل المعوي المتحركة أو تقلص في الأنسجة مما يؤدي إلى تضيق في مدخل الزائدة، وأحياناً تكون بعض الديدان الطفيلية أو الأجسام الغريبة هي سبب انسداد مدخل الزائدة، وعندما يتفاقم الانسداد بتكاثر جرثومي تصبح الزائدة منتفخة وملتهبة وملينة بالقويح وتحدث الأعراض المتعلقة بالتهاب الزائدة.

❖ الأعراض :

يشكل التهاب الزائدة أحد أكثر الأسباب شيوعاً للبطن الجراحي الحاد. تبدأ الأعراض مبهمة غير واضحة المعالم، فيصاب المريض بخمول وفقد شهية، وكثير من المصابين بالتهاب الزائدة يظنون الأمر في بدايته مجرد عسر هضم، يبدأ ألم البطن حول منطقة السرة ويستمر بضع ساعات، ثم ينتقل الألم ليركز في الجانب الأيمن السفلي من البطن نقطة (ماك بورني) (Borney)، ويزداد الألم عند الحركة أو اللمس أو السعال ، وقد يترافق بغثيان وربما قيء وتسارع النبض وخفقان القلب . وقد ترتفع الحرارة، وغالباً ما يكون ارتفاعها طفيفاً (درجة أو درجتين أعلى من الطبيعي).

❖ الفحص السريري:

يظهر توضع الألم في الربع السفلي الأيمن من البطن (نقطة) ماك بورني Mc Borney مع إيلام مرتد (ألم بعد إزالة أصبع الفاحص) علامة البسواس إيجابية (حدوث ألم مكان الزائدة عند ثني الطرف السفلي الأيمن باتجاه البطن) كما يلاحظ تقفع عضلي تشنج شديد) في جدار البطن.

مخبرياً : لا يوجد فحص مخبري مؤكد تماماً للتشخيص ولكن يمكن التوجه للتشخيص عند وجود ارتفاع في عدد الكريات البيض على حساب المعتدلات .

شعاعياً : يمكن للتصوير بالأموح فوق الصوتية بأيدي خبيرة أن يساعد في وضع التشخيص، كما يستخدم التصوير الطبقي المحوري لدعم وتأكيد تشخيص التهاب الزائدة

❖ مضاعفات التهاب الزائدة الدودية : Complications

انفجار الزائدة :

يعتبر من أخطر المضاعفات حيث تنتقل محتويات الأمعاء إلى تجويف البطن وقد تنتسبب في التهاب الغشاء البريتواني الذي يبطن تجويف البطن. عند حدوث انفجار الزائدة الدودية يشعر المريض فجأة بالارتياح، ولكن بعد ذلك يبدأ حدوث انتفاخ للبطن بالغازات والسوائل ويشعر المريض بالألم .

التهاب البريتوان : Peritonitis يعتبر حالة طارئة وتحتاج للعلاج الفوري.

خراج بالزائدة Appendiceal abscess

❖ المعالجة :

إن علاج التهاب الزائدة الحاد هو الاستئصال الجراحي للزائدة بشكل عاجل ولا ينصح بتناول المسكنات ومضادات التشنج قبل التأكد من التشخيص لأن ذلك قد يخفف الأعراض مؤقتاً ويضيع فرصة التشخيص المبكر في حين يتطور الالتهاب بشكل خفي وقد يؤدي إلى انفجار الزائدة الملتهبة وحدوث التهاب البريتوان ومضاعفات إنتانية خطيرة.

في الحالات الوصفية يكون تشخيص التهاب الزائدة سهلاً ولكن هناك حالات خاصة يصعب فيها

وضع التشخيص مثل :

التهاب الزائدة عند الرضع والأطفال وهو نادر نسبياً ولكن عندما يحدث فإنه يتطور بسرعة. التهاب الزائدة عند المسنين حيث تكون الأعراض مبهمه أو غائبة وقد لا توحى بالتشخيص إلا عند حدوث الاختلاطات لذا يجب التفكير بهذا التشخيص عند المسنين عند حدوث ألم بطني ولو كان خفيفاً. التهاب الزائدة عند الحوامل يحدث بنسبة 1/1200 من الحمول ولا يوجد توضع نموذجي للألم حيث تكون الزائدة منزاحة للأعلى والأيمن بسبب الحمل.

وقد لا شخص إلا بعد حدوث اختلاطات التمزق والتهاب البريتوان وعند الشك بالتشخيص يجب استئصال الزائدة بشكل مبكر.

وإذا شخص الالتهاب أثناء فترة المخاض أو قرب نهاية فترة الحمل فالأفضل إجراء عملية قيصرية مع استئصال الزائدة .

التهاب المرارة Cholecystitis

والحصيات المرارية Gallstones

المرارة عضو حويصلي إحصي الشكل تقع تحت الفص الأيمن من الكبد وسعتها حوالي 50 مل وجدارها لا يتجاوز 3 ملم، مغلقة بطبقة عضلية رقيقة ومبطنة بخلايا تقوم بامتصاص الماء والأملاح من العصارة الصفراوية المفرزة من الكبد.

تفرز المرارة العصارة الصفراوية إلى الأمعاء حيث تقوم بدور مهم في هضم وامتصاص المواد الدهنية والكوليسترول وكذلك امتصاص الفيتامينات الذوابة في الدم A، K، D، E، وأثناء مرورها في المعى الدقيق والغليظ تتعرض العصارة الصفراوية إلى تفاعلات ينتج عنها تغير لونها إلى الأصفر المائل للون البني بدلاً من الأصفر المائل للون الأخضر، وهذا اللون هو الذي يكسب لون البراز اللون الأصفر البني، أما في حالات الإسهال فإنه قد لا يوجد وقت لتحول لون العصارة فنجد لون البراز قد يكون أخضر كما في إسهال الأطفال.

وعندما يصاب المريض بقيء شديد فإن ذلك يؤدي بعد إفراغ محتويات المعدة إلى خروج سائل اصفر مر وهو سائل العصارة الصفراوية.

يحدث التهاب المرارة الحاد مرافقاً للتحصي الصفراوي في أكثر من 90% من الحالات حيث يحدث عندما تحشر حصاة في القناة الصفراوية ويحدث انسداد يؤدي إلى الالتهاب وإذا لم يزل الانسداد عند هؤلاء المرضى فقد يحدث الموت Gangrene والانتقاب والتهاب البريتوان ويتشكل خراج موضعي وحصيات المرارة هي تجمعات لأجسام صلبة خشنة قد تكون صغيرة جداً بحجم حبة الذرة وقد تكون كبيرة بحجم المرارة نفسها أو بأحجام مختلفة أخرى بين هذين الحجمين.

❖ كيف تتكون حصيات المرارة؟

العصارة الصفراوية الموجودة داخل المرارة عبارة عن سائل مذاب فيه عدد من الأجسام الصلبة الكوليسترول والأملاح الصفراوية والأصبغة الصفراوية. في الحالة الطبيعية لا تترسب هذه الأجسام ولا تتكون حصيات، ولكن إذا زاد تركيز أو كمية هذه الأجسام الصلبة فإنها تترسب وتتجمع مكونة الحصيات.

مثل ومن الأسباب التي تؤدي إلى زيادة تركيز هذه المواد وبالتالي ظهور حصيات المرارة: لزوجة العصارة الصفراوية وزيادة كثافتها بسبب قلة تناول السوائل أو زيادة احتباسها في المرارة بسبب

وجود بطء أو نقص في التفريغ المنتظم والسريع للمرارة. صابة القنوات التي تنقل العصارة الصفراوية من الكبد إلى الأمعاء ببعض البكتيريا مثل *Escherichia coli* أو ببعض الطفيليات. - الأمراض التي يزيد فيها تخرب كريات الدم الحمراء تؤدي إلى زيادة نسبة الإصابة بحصيات المرارة نتيجة لزيادة الأصبغة الصفراوية التي تنتج عن تخرب الكريات الحمراء.

العوامل المساعدة للإصابة بحصيات المرارة:

- ✓ تصيب حصيات المرارة عادة النساء أكثر من الرجال.
- ✓ تزداد الإصابة بحصيات المرارة بعد سن الأربعين.
- ✓ يزداد ظهور حصيات المرارة عند ذوي الوزن الزائد مقارنة بالناس ذوي الوزن الطبيعي.
- حبوب منع الحمل التي يزيد فيها تركيز الاستروجين تزيد من فرص الإصابة بحصيات المرارة.

❖ الأعراض:

يشكو المصاب بالتهاب المرارة الحاد من ألم في الربع العلوي الأيمن للبطن أو ألم شرسوفي ويحرض الألم غالباً بتناول وجبة كبيرة أو دسمة. وينتشر الألم غالباً لأسفل الكتف الأيمن و يترافق بغثيان أو إقياء، وعادةً يخف الألم بعد الإقياء.

❖ الفحص السريري:

يلاحظ ارتفاع حرارة خفيف، وإيلام في الربع العلوي الأيمن للبطن (علامة مورفي Murphy's sign) وتعني عندما يضع الطبيب يده في المنطقة اليمنى أعلى البطن ثم يطلب من المريض أن يأخذ شهيقاً عميقاً فإن المريض لا يستطيع إكمال هذا الشهيق بسبب الألم. وقد يظهر يرقان عند بعض المرضى، وعندما يكون اليرقان مستمراً يجب الاشتباه بتحصي القناة الصفراوية.

❖ التشخيص التفريقي:

- قرحة المعدة
- التهاب الكبد الفيروسي الحاد
- التهاب البنكرياس الحاد
- حصيات الكلية اليمنى والمغص الكلوي الحاد.

- أسباب أقل شيوعاً مثل التهاب الكبد الأميبي واحتشاء العضلة القلبية واحتشاء الكولون الأيمن وفقر الدم المنجلي.

مخبرياً: تزداد الكريات البيض بشكل معتدل غالباً، وقد يشاهد زيادة متوسطة في البيليروبين (1 - 4 مغ / 100مل) وارتفاع معتدل في خمائر الكبد ALT AST والفوسفاتاز القلوية. الصورة الشعاعية البسيطة: تظهر الحصيات المرارية في حال وجودها، وكذلك التصوير بالأشعة فوق الصوتية والتصوير الومضاني باستخدام النظائر المشعة.

المعالجة:

المعالجة المحافظة: تشمل الإماهة الوريدية، وتحديد المدخول الفموي، وإعطاء المسكنات والمضادات الحيوية.

المعالجة الجراحية: وهي الحل النهائي، باستئصال المرارة ويفضل الإسراع في ذلك.

التهابات الكبد الفيروسية Viral hepatitis

التهاب الكبد A (Hepatitis A)

العدوى:

ينتقل الإنتان بالطريق الفموي البرازي Fecal oral عن طريق الطعام والمياه والحليب الملوث بالبراز الحاوي على الفيروس، ويحدث هذا الانتقال ضمن أفراد العائلة والمؤسسات وفي المدارس والثكنات العسكرية، ويساعد في انتشاره عدم اتخاذ الوسائل الصحية والبيئية، والتخلص من الفضلات ويندر أن تنتقل العدوى بالحقن أو عن طريق نقل الدم لأن مرحلة إنتان الدم قصيرة. بعد التعرض للحمية بحوالي شهر تظهر الأعراض السريرية. الطور البادري قبل اليرقاني: حرارة خفيفة، تعب، نقص شهية، غثيان وقيء، صداع وآلام عظمية. وبعدها بعدة أيام يظهر لون البول الغامق ولون البراز الفاتح والحكة والآلام البطنية في المراق الأيمن.

الطور اليرقاني: يظهر اليرقان ، وعندما يصبح اليرقان واضحاً سريرياً يبدأ الفيروس بالاختفاء من الدم والبراز وتتناقص إمكانية العدوى وترتفع الخمائر الكبدية خلال عدة أيام من ظهور الأعراض ولا يتناسب هذا الارتفاع مع شدة الأذية الكبدية، ويتبعها ارتفاع البيلروبين في المصل.
يدوم المرض سريرياً عدة أسابيع والشفاء التدريجي هو القاعدة.
وتعطي الإصابة مناعة دائمة ولا يوجد حملة مزمنون.

❖ الوقاية والعلاج:

عزل المريض وغسل الأيدي والأدوات والتخلص من الفضلات، وقد تحدث جائحات تعزى إلى طعام ملوث بالفيروس A وعادة يكون الطبخ كافياً لقتلها.
يمكن إعطاء اللقاح للأشخاص الذين هم بتماس مباشر ومتكرر مع المريض وللمسافرين إلى المناطق الموبوءة.
ينصح المرضى بالراحة.

التهاب الكبد ب (Hepatitis B)

يسمى بالتهاب الكبد المصلي.
والطرق الرئيسية للعدوى: نقل الدم ومشتقاته والحقن الطبية الملوثة بالفيروس والاتصال الجنسي والانتقال من الأم الحامل المصابة إلى الجنين،
ويمكن حدوث العدوى عبر آفات بسيطة جداً في الجلد أو الأغشية المخاطية عن طريق الإجراءات الطبية والشعبية الواخزة كالوشم وثقب الأذنين والمعالجات السنية وعند متعاطي المخدرات عن طريق الوريد.

❖ الأعراض السريرية

فترة الحضانة من 2 - 4 أسابيع
يوجد أشكال لا عرضية يمكن أن يتحول حوالي 10 % من الأشخاص المصابين بفيروس التهاب الكبد B إلى حملة مزمنين للفيروس.
ويمكن أن يتطور التهاب الكبد الحاد إلى الشفاء دون إزمان أو إلى التهاب كبد مزمن.

يمكن حدوث مضاعفات عند بعض المرضى أهمها : تشمع الكبد وسرطان الكبد (كارسينوما الخلية الكبدية).

❖ الاختبارات التشخيصية:

- دراسة حالة الكبد: معايرة خمائر الكبد (ALT (AST
- زمن البروترومبين
- معايرة الواسمات الكبدية كالمستضد السطحي HBS، وأضداد المستضد السطحي Anti-HBSAg
- خزعة الكبد : لتقييم الإصابة الكبدية للالتهاب ودرجة التليف.

❖ الوقاية:

يعطى اللقاح على ثلاث جرعات 0-1-6 شهر في العضلة الدالية.
يمكن إعطاء اللقاح للمرأة الحامل والمرضع.

التهاب الكبد C (Hepatitis C)

❖ العدوى:

تنتقل الإصابة بشكل رئيس عن طريق التماس المباشر مع الدم المخموج.
ويمكن أن تحدث باستخدام المحاقن الطبية والأدوات غير العقيمة المستخدمة في بعض الإجراءات مثل ثقب الأذن والختان والوشم والحلاقة والإجراءات السنية والطبية الأخرى غير العقيمة، وكذلك من الأم الحامل المصابة إلى جنينها، وعن طريق المشاركة بالإبر عند متعاطي المخدرات وريدياً، وبشكل أقل عن طريق الاتصال الجنسي.
ولا تنتقل الإصابة عادةً بالعطاس والسعال والعناق والتماس العرضي والمشاركة بأدوات الطعام.

❖ الأعراض السريرية :

غالباً ما يكون الأشخاص المصابون بالشكل الحاد لا عرضيين أو يعانون من أعراض متوسطة الشدة، حيث تشاهد أعراض غير نوعية عند حوالي 10 - 20% من المرضى ، مثل نقص الشهية، الوهن، والألم البطني.

يشفي عادةً حوالي 15 - 25% من المصابين بالشكل الحاد من المرض تلقائياً، ويتطور الداء إلى الإزمان عند معظم المرضى (75- 85%).

إن سير الداء المزمن عادةً مخاتل حيث يتطور ببطء خلال 20 سنة أو أكثر وبدون أعراض أو علامات سريرية في معظم المرضى، وعادةً يكشف المرض صدفة أثناء إجراء تحليل مخبري روتيني أو عند فحص دم متبرع.

تحدث المضاعفات عند بعض المرضى، مثل تشمع الكبد وكرسينوما الخلية.

❖ التشخيص:

- ✓ قياس الأنزيمات الكبدية : تكون طبيعية عند حوالي ثلث المرضى.
- ✓ كشف الأضداد: تستغرق أضداد HCV لكي تتطور حوالي 3 أشهر، وإن وجود هذه الأضداد لا يعني الشفاء أو التمتع بل يشير إلى إزمان الإنتان.
- ✓ اختبارات كشف الفيروس: PCR
- ✓ التنميط الجيني للفيروس: للفيروس ستة أنماط جينية (1 - 6).
- ✓ خزعة الكبد : لتقدير درجة التليف ودرجة الالتهاب.

❖ الوقاية والعلاج:

لا يوجد حتى الآن لقاح فعال واقٍ من الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي C، وذلك بخلاف التهاب الكبد A و B.

يستخدم في العلاج : الأنترفيرون والريبافيرين.

انتهت الجلسة