المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية
أكمل - الكويت

جهازك الهضمي

تأليف
الدكتور عبدالرزاق السباعي

مراجعة
الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

سلسلة الثقافة الصحية

المحتويات

المؤلف ..... هـ
تقديم الأمين العام ..... ز
مقدمة المؤلف ..... ط
تمهيد ..... ك
الفصل الأول: أقسام الجهاز الهضمي ووظائفها 1
أولاً : جوف الفم 3
ثانياً: البلعوم 4
ثالثاً: المريء 5
رابعاً: المعدة 5
خامساً: الأمعاء الدقيقة 7
سادساً: الأمعاء الغليظة 8
سابعاً: الكبد 10
ثامناً: المرارة 11
تاسعاً: البنكرياس 12

الفصل الثاني: أعراض الجهاز الهضمي 13
أولاً : صعوبة البلع 15
ثانياً: اللذع، حرقة الفؤاد 16
ثالثاً: البلع المؤلم 17
رابعاً: القياء والغثيان 18
خامساً: الألم البطني 20
سادساً: الإسهال 22
سابعاً: الإمساك 25
ثامناً: انتفاخ البطن 27
تاسعاً: الفواق 28
عاشراً: عسر الهضم 29

الفصل الثالث: الوسائل المساعدة في تشخيص أمراض الجهاز الهضمي 31

أولاً : التصوير الشعاعي (الأشعة) 33

ثانياً: التنظير الداخلي (المنظار) 34

ثالثاً: التصوير بفائق الصوت (السونار) 38

رابعاً: التصوير المقطعي المحوسب (الطبقي المحوري) 38

خامساً: التصوير بالمواد المشعة (التفرس) 38

سادساً: التصوير بالرنين المغناطيسي 39

سابعاً: تصوير الأوعية 39

ثامناً: تصوير المرارة 39

تاسعاً: الخزعة 39

عاشراً: تنبيب الصائم 40

حادي عشر: فحص البراز 40

ثاني عشر: فحص المستقيم 40

ثالث عشر: اختبارات أخرى 40

الفصل الرابع: أمراض جوف الفم 43

أولاً : أمراض الغشاء المخاطي في الفم (التهاب الفم) 45

ثانياً: العطش وجفاف الفم 47

ثالثاً: زيادة اللعاب 48

رابعاً: البَخَر 48

خامساً: أمراض اللسان 48

الفصل الخامس: أمراض المريء 53

أولاً : انسداد المريء 55

ثانياً: تشنج الفؤاد 56

ثالثاً: التهاب المريء الهضمي 56

رابعاً: التهابات المريء الأخرى 60

خامساً: الفتق الحجابي 60
سادساً: رتوج المريء 62
سابعاً: المريء المتعرج 63
ثامناً: الأجسام الغريبة في المريء 63

الفصل السادس: أمراض المعدة والاثنا عشري 67
أولاً : التهاب المعدة 67
ثانياً: تضيق البواب 69
ثالثاً: القرحة الهضمية 70

الفصل السابع: أمراض الأمعاء الدقيقة 81
أولاً : التهاب الأمعاء الدقيقه 83
ثانياً: رتوج الأمعاء الدقيقة 87
ثالثاً: حالات سوء الامتصاص 88

الفصل الثامن: أمراض الأمعاء الغليظة (القولون) 95
أولاً : تشنج القولون 97
ثانياً: التهاب الأمعاء الغليظة 100
ثالثاً: ضخامة القولون 105
رابعاً: تطاول القولون 106
خامساً: القولون الكسول 107
سادساً: رتوج القولون 107

الفصل الأول

أقسام الجهاز الهضمي ووظائفها :

1- جوف الفم

2- البلعوم

3- المريء

4- المعدة

5- الأمعاء الدقيقة

6- الأمعاء الغليظة

7- الكبد

8- المرارة

9- البنكرياس

الفصل الأول

أقسام الجهاز الهضمي ووظائفها

أولاً : جوف الفم (Oral cavity):

الفم هو مدخل الجهاز الهضمي، يحمل الحياة إلى الإنسان بالطعام الذي يدخل فيه ليبعث النمو والحركة والنشاط، وهو موضع من مواضع المتعة: ألا يُمتع الفم صاحِبَه بطعم المواد الداخلة إليه عبر لسانه، ويحمل السعادة إلى صاحبه بتبادل القبل عبر الشفاه، وينطق عما يجيش في الصدر، ويسبّح ربه ويلفظ أحلى الكلمات، ويخرج عن طريقه ما يعيق التنفس من مواد طيارة ؟

وفي الفم تبدأ المرحلة الأولى من عملية الهضم وهي مضغ الطعام، وتساعد حركة الشفتين على إغلاق الفم وفتحه عند تناول الطعام أو الكلام وتدفع اللعاب إلى داخل الفم. أما الأسنان فدورها معروف[1].

عدد الغدد اللعابية كبير جداً أهمها ثلاثة أزواج: النكفية وتحت الفك وتحت اللسان، وتفرز اللعاب الذي يحوي نسبة كبيرة من الماء (98.5-99٪) والباقي (1-1.5٪) مواد عضوية وغير عضوية تساعد على عملية الهضم مثل أملاح الكالسيوم التي قد تترسب على الأسنان.

وظيفة اللعاب: يساعد على مضغ الطعام والبلع، ويبقي الفم رطباً، فيسهل الكلام ويخفف من حرارة أو برودة الطعام، وله تأثير هاضم (يساعد استمرار إفرازه على المحافظة على نسبة الماء في الجسم، ويحمي الفم من الحموضة أو القلوية العالية). ويتغير اللعاب باستمرار، وهذا يساعد على تنظيف الفم، ويساعد على عدم ترسب الطعام على أجزاء الفم.

---

(1) يفضل مراجعة كتاب الأسنان وصحة الإنسان من هذه السلسلة.

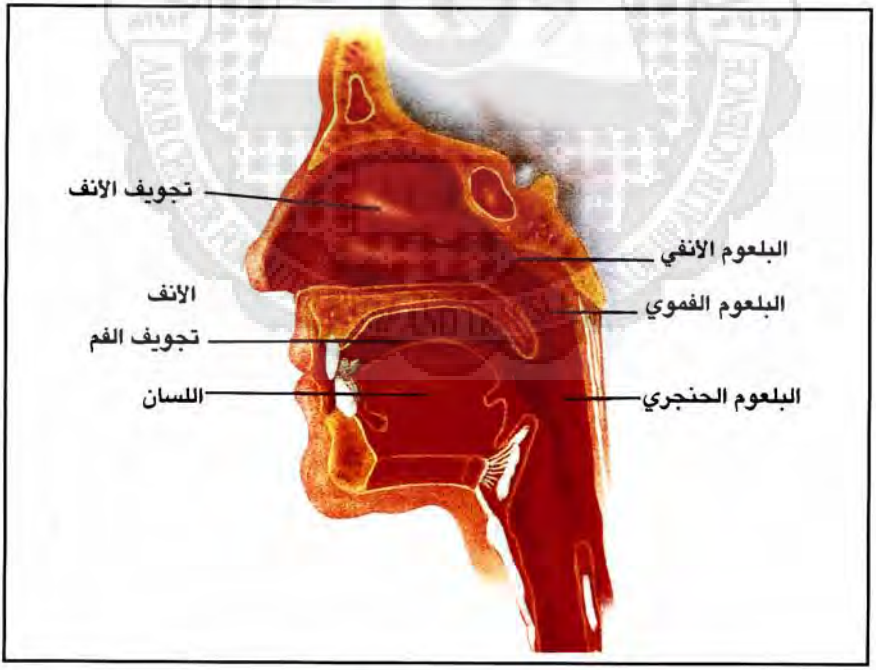
ثانياً: البلعوم (Pharynx):

بدأ البلعوم عند التقاء نهاية الفم مع نهاية الأنف وينتهي عند بداية المريء والحنجرة، أي لسان المزمار (الفلكة : Epiglotteis) فهو صلة الوصل بين الأنف والحنجرة (أي الجهاز التنفسي) وبين الفم والمريء (أي الجهاز الهضمي).

وظيفة البلعوم: تكمن في تنظيم دخول الهواء والطعام، حيث يغلق لسان المزمار عند وجود الطعام لمنع مروره إلى الحنجرة، وينفتح عند وجود الهواء ليسمح بمروره من وإلى الرئة.

يتشكل البلعوم من ثلاثة أجزاء (الشكل 2) هي :

1- البلعوم الأنفي (الخَيْشوم : Nasopharynx).
2- البلعوم الفموي (الحَلْقوم : Oropharynx).
3- البلعوم الحنجري (السفلي: Laryngopharynx).



شكل (2) : أجزاء البلعوم

وهو غني بالنسيج اللمفي الذي يساعد على حماية الجسم من الجراثيم التي تكثر في البلعوم بسبب كونه ممراً للطعام والهواء، وأهم تجمع لهذا النسيج هو اللوزتان (Tonsills) والغدانيات (اللحمية) (Adenoids) الموجودة في البلعوم الأنفي.

ثالثاً : المريء (Esophagus):

المريء أنبوب عـ لي طوله 25 سم يصل بين البلعوم والمعدة، وهو محمي من جميع الجهات في الرقبة والصدر والبطن، مما يجعله بعيداً عن الإصابات المباشرة.

- **وظيفة المريء** : نقل الطعام والسوائل إلى المعدة، منع ارتداد محتويات المعدة من طعام وحمض (وإذا حدث ذلك يشعر الشخص بما يعرف بحرقة الفؤاد والتي ستشرح لاحقاً)، ويستطيع منع ارتداد محتويات المعدة بغض النظر عن وضعية الجسم، وذلك بفضل معصرتين (مصرتين) واحدة علوية والأخرى سفلية تغلقان المريء خارج أوقات البلع.

يتم انتقال الطعام أو السوائل عبر المريء بوساطة تقلصات عضلية لاإرادية تسمى التمعجات (التموجات أو الحركات الدودية: Peristalsis).

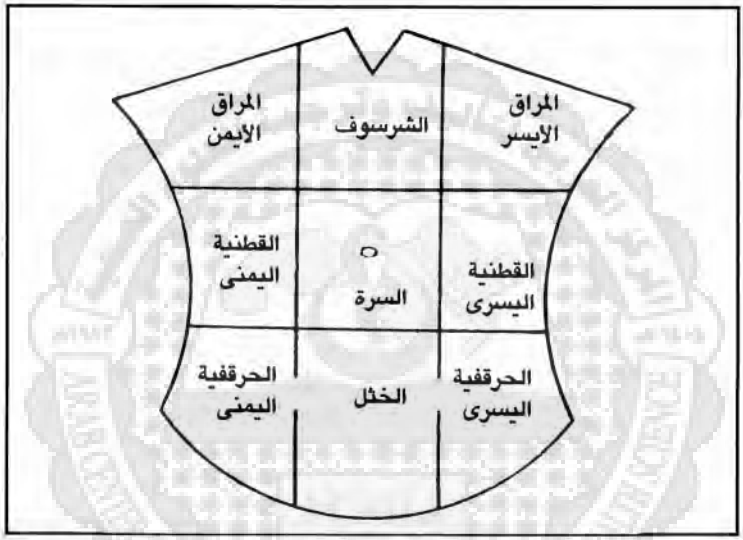
يتسع المريء عندما تمر كرة الطعام من الفم إلى البلعوم فالمريء، وينقبض الجزء الأعلى منه ليدفع الكرة إلى الأسفل، وهكذا حتى تصل إلى المعدة في فترة تستغرق 5-8 ثوان من لحظة وصولها إلى المريء، وتساعد الجاذبية الأرضية (الثقالة) في هذه العملية بشكل محدود.

رابعاً : المعدة (Stomach):

المعدة أكثر أجزاء الجهاز الهضمي شهرة، حيث استطاعت أن تسرق الأضواء لكثرة الأعراض التي تنتج عنها، والأمراض التي تتأثر بها. وقد لا يوجد إنسان في هذا العالم لم يشْكُ يوماً من معدته، إذا جاع استصرخته، وإذا أُتخْم أرهقته، «فالجوع كافر» كما قالت العرب، وهي «بيت الداء» خاصة إذا اتبعنا المثل الشعبي القائل : «إن طاب زادك فالتهمه كله». لكن الثابت أن المعدة محدودة الطاقة؛

فإذا زاد الطعام تمددت وآلمت. فما هي المعدة هذا العضو المشهور ؟!

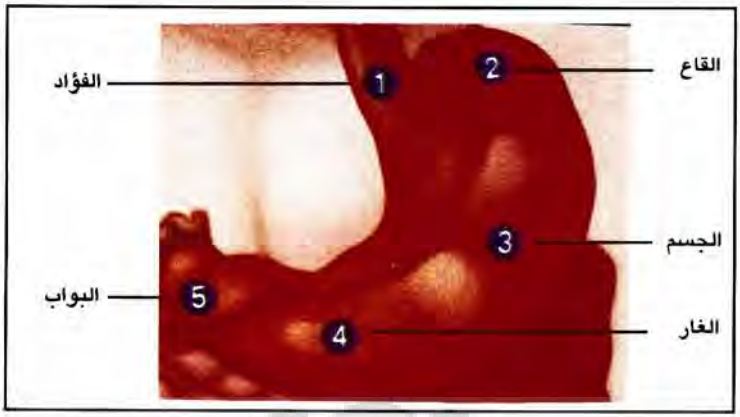
المعدة عضو كمثري الشكل (إلا أن شكلها يختلف من شخص إلى آخر، كما يختلف حسب وضع صاحبها، ووجود الطعام فيها، وضغط الأعضاء المحيطة بها)... طولها بين 25-30 سم وسعتها بين 1-1.5 لتراً، وتقع في الجزء الأعلى من البطن ناحية الشرسوف (Epigastrium) ـ انظر شكل (3) لمعرفة أسماء نواحي البطن ـ إلى الأيسر أكثر منها إلى الأيمن.



شكل (3) : أسماء نواحي البطن

تتألف المعدة من خمسة أجزاء (شكل 4):

1- الفؤاد (Cardia) : الجزء الأعلى من المعدة، يتصل مع المريء.
2- القاع (Fundus) : الجزء الذي يقع فوق اتصال المريء بالمعدة، وله حافتان : يسرى تسمى الانحناء الكبير، ويمنى تسمى الانحناء الصغير.
3- الجسم (Body) : الجزء الذي يقع بين القاع والغار، وهو أكبر أجزاء المعدة.
4- الغار (Antrum) : الجزء السفلي من المعدة.
5- البواب (Pylorus) :الجزء الأسفل من المعدة، يصل المعدة بالاثنا عشري. ومعرفة هذه الأجزاء مهم جداً لمعرفة تَوَضُّع أمراض المعدة وخاصة القرحات.



الشكل (4) : أجزاء المعدة

وظيفة المعدة

تعتبر المعدة خزاناً للطعام ومطبخاً له، ففيها يخضع الطعام لعملية المزج والهضم الآلي نتيجة تقلصات جدرانها، إضافة إلى الهضم الكيميائي بوساطة عصارتها وإفرازاتها، حيث يتحول الطعام إلى كتلة عجينية تسمى الكيلوس (Chylus) تدفع بها إلى الاثناعشري بوساطة تقلصات الجدران التي تحدث من الفؤاد إلى البواب، وتزداد إفرازات المعدة عند النظر إلى الطعام أو شم رائحته أو تناوله، وذلك حتى تقوم المعدة بوظيفتها خير قيام في عملية الهضم الكيميائية.

تمتص المعدة جزءاً صغيراً من الماء والسكر، ويذهب الباقي إلى الاثنا عشري والأمعاء حيث تصب عليه عصارات الكبد والمرارة و البنكرياس (انظر لاحقاً). يتم مرور الطعام من المعدة إلى الاثنا عشري بطريقة الضخ بكميات صغيرة بمعدل 20 مل/د، وهذا يفسر لماذا يشكو أحدنا من ثقل في المعدة لعدة ساعات بعد إتخامها بالطعام.

خامساً : الأمعاء الدقيقة (Small intestine):

يتراوح طول الأمعاء الدقيقة بين 6-10 أمتار، وتتألف من ثلاثة أجزاء : أولها (الاثناعشري : Duodenum) الذي يتصل بالمعدة في الأعلى وينتهي بالصائم (Jejunum) ذي الشكل الهلالي الذي يحتضن بين طرفيه غدة البنكرياس وفيه

تصب العصارات الكبدية والمرارية و البنكرياسية، حيث يحدث تفاعل بين الطعام والماء بفعل هذه العصارات وينتج عنه جزيئات دقيقة مذابة تسمى الكيموس (Chyme) (في المعدة كان اسمها الكيلوس Chylus). وينتهي الصائم *باللفائفي* *(Ileum)* الذي يتصل بالأمعاء الغليظة. وتساعد حركة الأمعاء الدودية (التمعجات: Peristalsis) في مزج الطعام بالعصارات الهاضمة ودفعه نحو الأسفل (شكل 5)، ويمكن سماع هذه الحركات إذا ما اختلطت الغازات مع السوائل داخل الأمعاء ؛ وعلى العكس، تختفي الحركات إذا أصيبت الأمعاء بشلل.

وظيفة الأمعاء الدقيقة الأساسية هي امتصاص المواد الغذائية من الكيلوس القادم من المعدة، لذلك زودت بسطح مناسب للامتصاص له صفات خاصة حيث تعلوه نتوءات تسمى زغابات (Filli) بينها سراديب (خفايا: Cryptae) تزيد كثيراً من سطح الامتصاص، وتسهل التماس المباشر مع المواد الغذائية.

سادساً : الأمعاء الغليظة (Large intestine):

يتراوح طول الأمعاء الغليظة بين 1-1.5 متراً، وتتألف من : *الأعور (Cecum) والقولون (Colon)* بأقسامه الأربعة؛ القولون الصاعد والقولون المستعرض والقولون النازل والقولون السيني (Sigmoid)، والمستقيم (Rectum)، ثم *القناة الشرجية (Anal canal)* التي تنتهي بفتحة *الشرج (Anus)* (شكل 1).

تبدأ الأمعاء الغليظة بالأعور حيث ينفتح اللفائفي عليه في الجهة اليمنى، وقد سمي بالأعور لأن أسفله مسدود، وهو مشهور عند العامة لكثرة حدوث التهاب الزائدة الدودية في الجهة اليمنى. والزائدة قناة دقيقة مسدودة في آخرها تكون طويلة عند الأطفال وتبدأ بالضمور مع التقدم في العمر.

وتنتهي الأمعاء الغليظة بالقناة الشرجية وطولها أقل من 4 سم ومحاطة بعضلات تُمَكِّن الشرج من الإقفال جيداً وعدم السماح بخروج الفضلات إلا في الوقت المناسب، وهذه القناة غنية بالأوعية الدموية التي تؤدي إلى الإصابة بالبواسير.

شكل (5) : حركات الأمعاء الطبيعية والمرضية

وظيفة الأمعاء الغليظة:

يتم امتصاص الماء من الكيموس السائل في القولون، فيزداد البراز قساوة كلما تقدم باتجاه المستقيم. تدفع الحركات الدودية القوية غير المستمرة الموادَ البرازية كي تتجمع في القولون النازل والقولون السيني ثم المستقيم، وعندما يكتظ المستقيم بالبراز يرسل «برقية» عصبية إلى المراكز العصبية المسؤولة عن عملية التبرز.

سابعاً : الكبد (Liver):

الكبد غدة عملاقة ومعمل ضخم، فهو من أكبر الغدد عند الإنسان، ووزنه يدل على أهميته فهو يزن 1400-1600جم مشكلاً 2-3 ٪ من وزن الجسم.

يقع في وسط الجسم تقريباً في الجهة العليا اليمنى من البطن تحت الحجاب الحاجز مباشرة، ويتألف من أربعة أجزاء (أهمها فصان أيمن وأيسر)، وله زوايا حادة، لذلك إذا جرح يصعب تقطيبه.

يحتوي الكبد على ربع دم الجسم، فكل الدم الذي يصدر عن المعدة والأمعاء يمر إلى الكبد ويخرج منه بعد أن يتغير كثيراً، فالوريد البابي (Portal vein) ينقل القسم الأكبر من المواد الغذائية المتصة من الجهاز الهضمي، كما يأتيه الدم الغني بالأكسجين عبر الشريان الكبدي. وفي الكبد نظام معقد لتوزع الدم وتصريفه.

وظيفة الكبد

للكبد وظائف متعددة وهامة فلا يستطيع الإنسان أن يعيش دون كبد، وأهم هذه الوظائف :

1- قبل الولادة : يقوم الكبد بتصنيع خلايا الدم، وتتوقف هذه العملية بعد الولادة (لكن يمكن أن تعود في بعض الحالات المرضية).
2- يقوم الكبد بتصنيع المواد اللازمة لتخثر (تجلط) الدم.
3- يخزن الكبد الڤيتامين B، والحديد وبذلك يقي من حدوث فقر الدم (الأنيميا).
4- يقوم الكبد بإزالة السمية (Detoxication) للعديد من السموم المتشكلة في

الجسم أو الداخلة إليه من الخارج كالأدوية.

5- يقوم الكبد بإبطال فعالية (Inactivation) بعض الهرمونات التي يفرزها الجسم، وبذلك يمنع من زيادة نسبتها في الدم وما تسببه من مشاكل خطيرة.

6- يساهم الكبد في هضم (استقلاب) مختلف المواد الغذائية (السكريات والبروتينات والشحوم) فيجهزها للخزن أو للاستهلاك، وبذلك ينظم مستوى سكر الدم (بتخزينه أو تصنيعه)، ويبني نسج الجسم ويصنع الكوليستيرول وينشط بعض الڤيتامينات.

7- يشكل الكبد الصفراء (Bile)، ويفرزها إلى الأمعاء بمعدل 1000 مل يومياً، وهي ضرورية من أجل هضم الشحوم.

8- يطرح الكبد الهيموجلوبين بعد أن يحوله إلى البيليروبين.

ثامناً : المرارة (Gall bladder) :

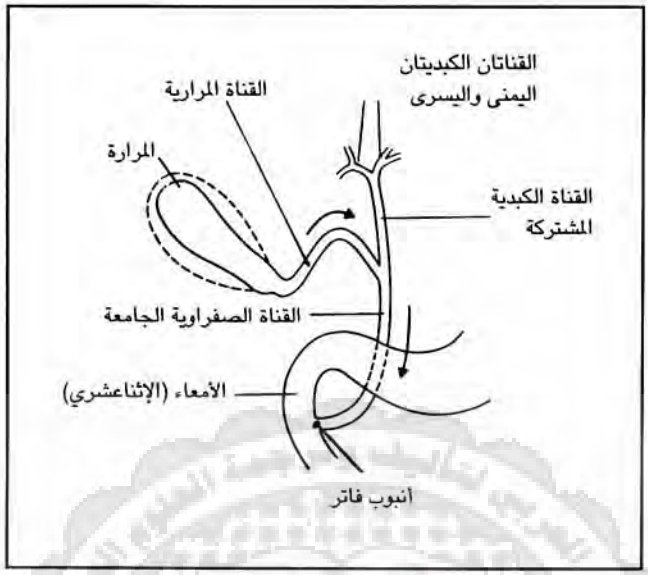
المرارة كيس إجاصي (كمثري) الشكل يقع أسفل الجزء الأيمن من الكبد، طوله 7-10 سم وقطره 3 سم وسعته 30-50 مل، ويتكون من ثلاثة أجزاء : *القاع (Fundus)*، *والجسم (Body)*، *والعنق (Neck)* الذي يمتد بالقناة المرارية (Cyctic duct) والتي تلتقي مع القناة الكبدية المشتركة (المشكلة من قناتي الكبد اليمنى واليسرى) لتشكل ما يعرف بالقناة الصفراوية الجامعة (Common bile duct) والتي تمر خلف الاثنا عشري لتصب منفردة أو متحدة مع قناة البنكرياس الرئيسية في أنبوب فاتر (Ampulla of Vater) في الجزء الثاني من الاثناعشري[1] (الشكل 6).

وظيفة المرارة :

ذكرنا أن الكبد يفرز 1000 مل من الصفراء يومياً، والتي تتجمع في المرارة فيزداد تركيز الصفراء بعد امتصاص جزء من الماء وتفرز إلى الأمعاء عند الحاجة إليها، فهي ضرورية لعملية هضم المواد الدسمة.

---

(1) هذه التفاصيل ضرورية لفهم وظيفة المرارة وأمراضها خاصة الحصيات.



شكل (6) : أسماء أقسام المرارة

تاسعاً : البنكرياس (Pancreas) :

البنكرياس غدة مسطحة غير صلبة ذات فصيصات عديدة طولها 12-15 سم وتمتد عرضياً خلف المعدة من الاثناعشري ـ حيث تصب قناتها ـ إلى الطحال عند ذنبها.

وظيفة البنكرياس :

البنكرياس عضو مهم لعملية الهضم حيث يفرز عصارة غنية بالإنزيمات الهاضمة : مثل التربسين (وهو إنزيم هاضم للبروتين) والأميلاز (وهو إنزيم يحول النشاء إلى سكر) والليباز (وهو إنزيم هاضم للدهون)، كما أنها مهمة لتنظيم مستوى السكر في الدم حيث تفرز الأنسولين الذي يؤدي نقصه أو عدم وجوده إلى ارتفاع نسبة السكر الموجودة في الدم؛ والإصابة بالداء السكري.

الفصل الثاني

أعراض الجهاز الهضمي

أولاً : صعوبة البلع .

ثانياً : اللذع ؛ حرقة الفؤاد .

ثالثاً : البلع المؤلم .

رابعاً : القياء والغثيان .

خامساً : الألم البطني .

سادساً : الإسهال .

سابعاً : الإمساك .

ثامناً : انتفاخ البطن .

تاسعاً : الفواق .

عاشراً : عسر الهضم .

الفصل الثاني

أعراض الجهاز الهضمي

سوف نركز على أهم أسباب الشكايات الشائعة في الجهاز الهضمي، دون الخوض في التفاصيل أو ذكر الأسباب النادرة التي تهم الطبيب فقط.

أولاً : صعوبة البلع (Dysphagia) :

وهي شعور بصعوبة البلع مع الإحساس بتوقف الطعام في المريء، وغالباً ما ترتبط بنوع المادة الطعامية، فتظهر بشكل أوضح بعد تناول الطعام الصلب، وقد تكون دائمة أو مترددة أو متزايدة.

أسباب صعوبة البلع :

قد يرجع سبب صعوبة البلع إلى وجود انسداد أو ألم أو إصابة عصبية أو تشريحية، ويمكن تقسيم الأسباب كما يلي:

أ ـ أمراض في الفم :

التهاب الفم، التهاب اللسان، قرحات اللسان، التهاب اللوزتين، التهاب الحلق، جسم غريب في الفم، خراجة حول البلعوم (خاصة عند الأطفال)، جفاف الفم : حيث لايكفي اللعاب لتأمين انزلاق الطعام، نقص الحديد : حيث يصاب اللسان بالتشقق.

ب ـ أمراض المريء والبلعوم :

التهاب المريء أو البلعوم، قرحات المريء، رتج المريء (Diverticulum)، تضيق المريء (بعد حرق أو جرح أو ورم أو تناول مادة كاوية كالحمض أو القلوي)،

تشنج مصرة المريء (تشنج مصرة الفؤاد أو عدم ارتخائها Achalasia)، الفتق الحجابي (الفرجوي)، جسم غريب : قطعة معدنية، عظم كبير، بدلة سنية (طقم الأسنان)، انسداد المريء : منذ الولادة أو بسبب ورم أو ضغط من الخارج.

ثانياً : اللَذَع ؛ حرقة الفؤاد (Heartburn):

يشعر به في منطقة الفؤاد (القلب) نتيجة اضطراب في الفؤاد (المعدة)، ويعني غالباً الشعور بإحساس لاذع أو حارق شديد خلف عظم القص أسفل القفص الصدري ينتشر نحو الأعلى إلى الرقبة. وهو إحساس متقطع خلال عدة دقائق، وتختلف شدته من إحساس خفيف بالدفء إلى انزعاج شديد قد يصل وصفه إلى الألم، وقد يحدث إلعاب مع حرقة الفؤاد، ويغلب أن ترتبط بوضعية الجسم (الاستلقاء أو الانحناء للأمام) وتحدث بعد أنواع معينة من الطعام خاصة التي تخرّش القسم السفلي من المريء أو تصيبه بالتهاب، حيث تبدأ بعد وجبة الطعام بساعة وتدوم دقائق أو أكثر، وتنقص حرقة الفؤاد بتناول الحليب أو مضادات الحموضة.

أسباب حرقة الفؤاد :

1- التهاب المريء الهضمي (الارتدادي ـ الجزري) الناجم عن الفتق الحجابي، حيث تضطرب وظيفة العضلة التي تغلق فتحة المعدة العلوية، فترتد محتويات المعدة إلى المريء وقد تصل إلى البلعوم في بعض الأحيان (الشكل 7).

2- قرحات المريء أو المعدة أو الاثناعشري.

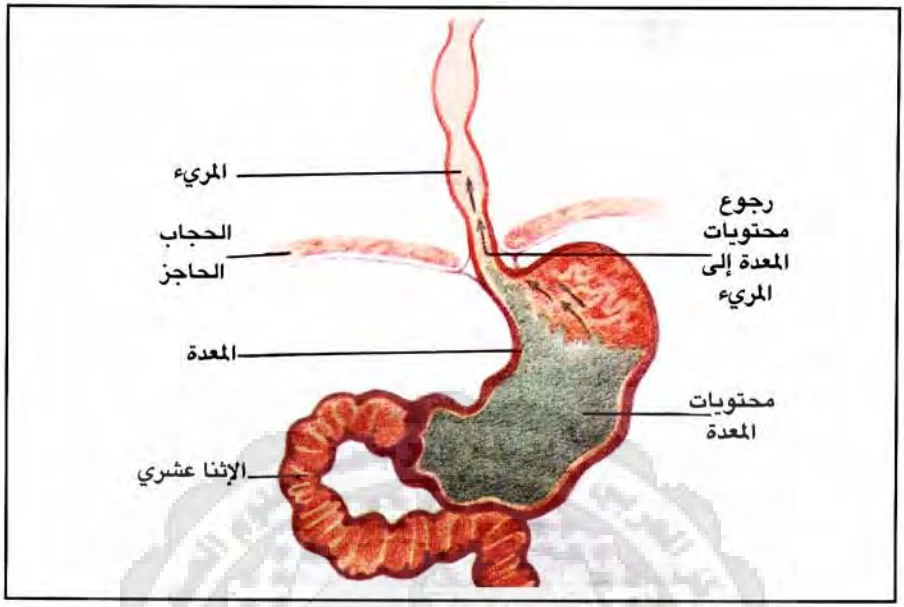
3- الإرهاق والقلق بسبب الحالة النفسية والعصبية المرافقة.

4- الحمل والسمنة ؛ حيث تضغط على المعدة وقد تؤدي لارتداد محتوياتها.

5- الإفراط في تناول التبغ أو الكحول أو الأدوية.

6- أمراض المرارة.

7- الجهل في تناول الطعام.



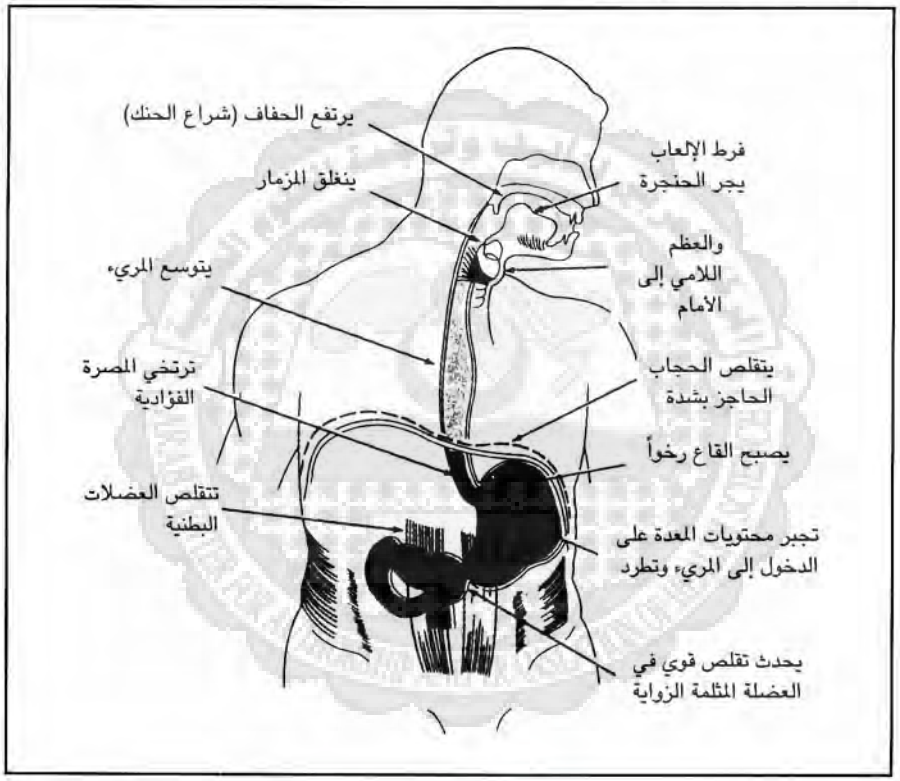
شكل (7) : رجوع محتويات المعدة إلى المريء

ثالثاً : البلع المؤلم (وجع البلع : Odynophagia):

أي الشعور بألم أثناء البلع، وينجم عن مرض في الحلق مثل التهاب الفم واللسان، أو مرض في الحنجرة، أو عن مرض في المريء ذاته : (التهاب حاد، قرحة، حرقة الفؤاد، الفتق الحجابي، ورم). حيث يتشنج المريء، وقد ترتد محتويات المعدة أيضاً، وقد يحدث أيضاً نتيجة استقرار شيء غير منظور (مثل إحدى شعيرات فرشاة الأسنان) في الحلق حيث تسبب وجع البلع (انظر الصورة).

رابعاً: القياء (Vomiting) والغثيان (Nausea):

يشير تعبير القياء (الإقياء، الاستفراغ، المراجعة، القيء) إلى عودة جزء من محتويات المعدة أو كلها وقذفه من الفم. أما الغثيان فهو إحساس في مؤخرة الحلق بالرغبة في القياء، وكثيراً ما يسبق الغثيانُ القياءَ، لكن هناك حالات يحدث فيها قياء دون غثيان مرافق، أو غثيان لا يتلى بقياء، والقياء فعل منعكس لادخل للإرادة فيه تتشارك عدة عوامل في حدوثه (الشكل 8).



شكل (8) : آلية حدوث القياء

أسباب القياء :

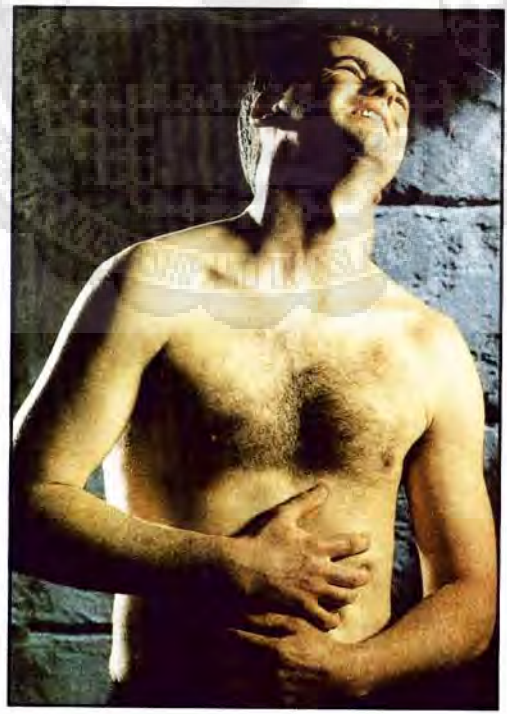
أسباب القياء كثيرة، بعضها ناتج عن الجهاز الهضمي نفسه مثل: التهاب المعدة أو التهاب الأمعاء، التسممات الغذائية، انفتال الأمعاء (Volvulus) ، الديدان المعوية الكثيرة، شلل الأمعاء (Ileus). وبعضها ناتج عن التهابات حادة في الأحشاء

مثل : الكبد والبنكرياس والزائدة والمرارة والكلية. وهناك أمراض تؤدي إلى القياء مثل الشقيقة، الصرع، ارتجاج الدماغ، تشمع الكبد، الفشل الكلوي. وأخيراً هناك القياء النفسي أو القياء الناجم عن وجود روائح كريهة أو طعوم كريهة أو مناظر بغيضة. ولاننسى القياء المتكرر عند الأطفال والقياء في حالات الحمل والانسمام الحملي (تسمم الحمل).

وباختصار، يمكن القول بأن كل الآلام الحادة في أي عضو من أعضاء الجسم قد تؤدي إلى القياء، وقد تكون ناجمة عن أمراض الجهاز الهضمي، أو عن بعض أمراض الجهاز العصبي وأمراض الغدد الصم والأدوية والحالة النفسية.

خامساً : الألم البطني (Abdominal pain):

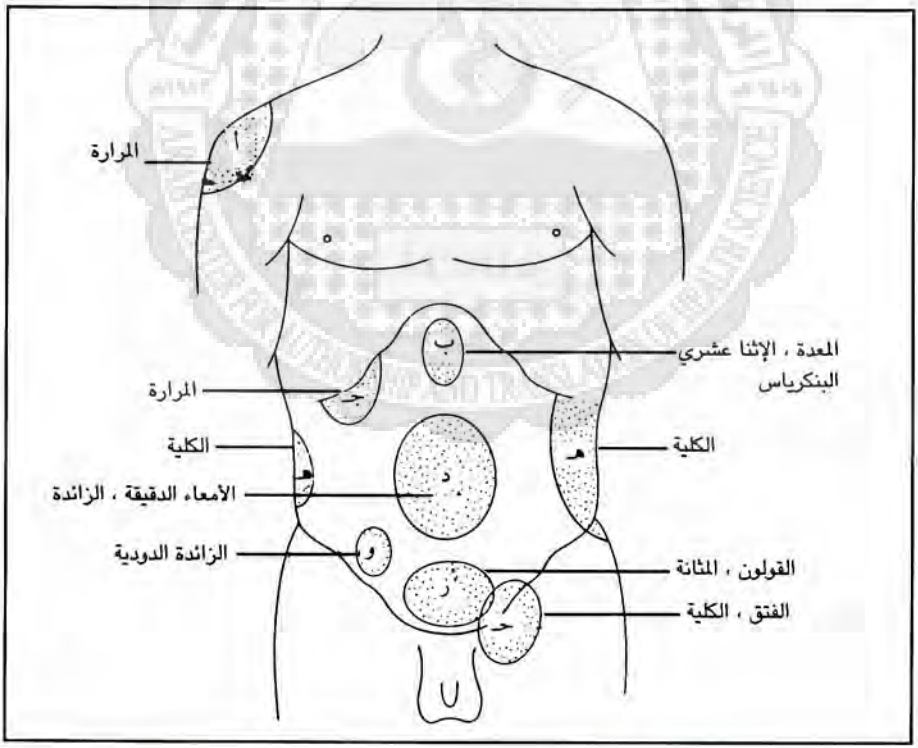
الألم البطني أحد أهم أعراض أمراض الجهاز الهضمي، غالباً ما يعطي للمريض أول إشارة أو إنذار على أن شيئاً ما مضطرب، كما يؤمن للطبيب معلومة مفيدة غالباً في التشخيص، قد يكون سببه بسيطاً كالإمساك أو تبدل في عادات الطعام، أو يكون عَرَضاً لمرض خطير.



يجب على المريض الاهتمام بالألم البطني في الحالات التالية :

1- ذا كان الألم شديداً وحديثاً.
2- إذا كان مصحوباً بقياء أو غثيان.
3- إذا كان البطن صلباً كالخشب.
4- إذا كان البطن مؤلماً عند الضغط عليه.
5- إذا كان البطن منتفخاً أو متمدداً.
6- إذا كان البراز ملوثاً بالدم أو أسود كالقطران.

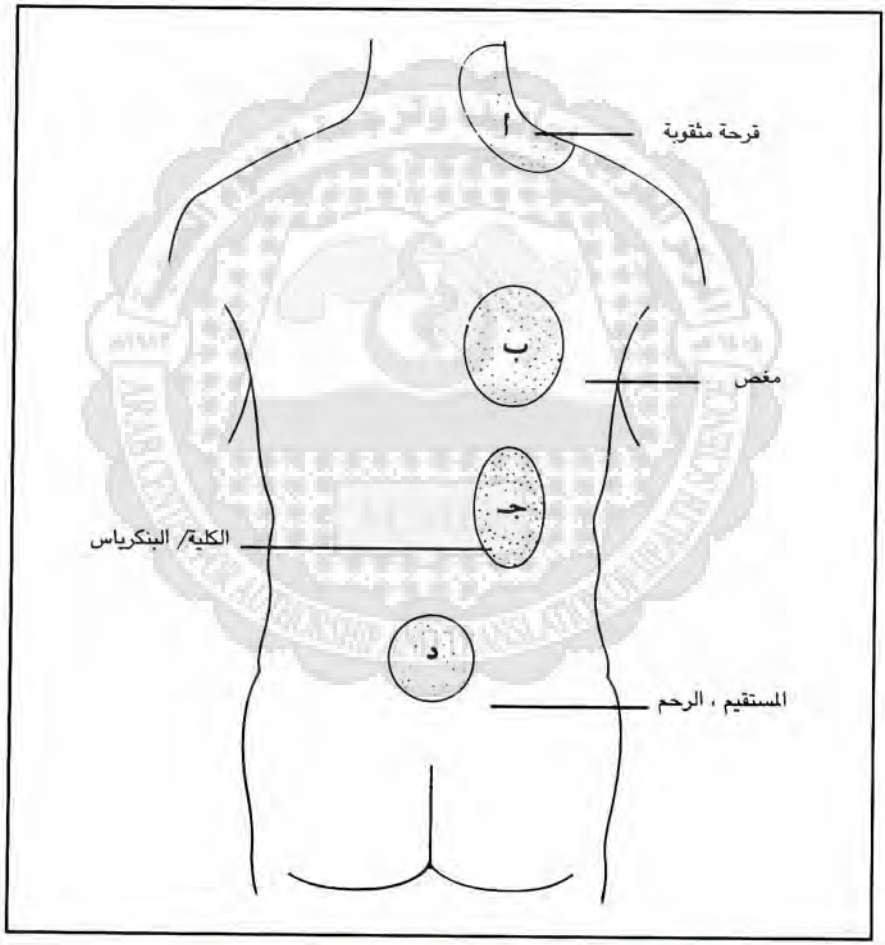
يختلف الألم البطني في صفاته، فقد يكون بشكل مغص أو تشنج، وقد يكون مستمراً ثابتاً، وقد يكون خفيفاً أو شديداً، وقد يكون موضعاً في مكان معين وهذا يوجه أحياناً إلى عضو معين (الشكل 9 والشكل 10)، وقد يكون متعمماً يشمل البطن كله. وهذا كله مهم للطبيب لمحاولة تحديد سبب الألم البطني والتوجه نحو العلاج المناسب.



شكل (9) : مواضع الألم حسب كل عضو (منظر أمامي)

أسباب الألم البطني :

* ***أمراض في الجهاز الهضمي*** : القرحة الهضمية، التهاب المعدة، التهاب المريء، عسر الهضم المعدي الحاد، الفتق المختنق أو المسدود،التهاب البنكرياس، التهاب المرارة والمغص المراري، التسممات الغذائية، التهاب القولون الحاد (التقرحي ـ الزحاري، العصوي) القولون العصبي (تشنج القولون)، التهاب الأمعاء، الفتق الحجابي، التهاب الزائدة الدودية، الرض على البطن.



شكل (10) : مواضع الألم حسب كل عضو (منظر خلفي)

* ***أمراض في القلب أو الرئة*** أو الظهر أو الجهاز البولي أو الجهاز التناسلي.

* ***الألم البطني الوظيفي*** : يصيب الإناث أكثر من الذكور، الفحص كله طبيعي، لكن قد يوجد اكتئاب أو قلق وقد تتعرض المريضة لفتح البطن.

سادساً: الإسهال (Diarrhea):

الإسهال هو زيادة عدد مرات التبرز (التغوط) عن ثلاث مرات يومياً، أو زيادة وزن البراز عن 200 جم يومياً.

الأطفال معرضون للإسهال أكثر من الكبار، وخاصة بين الشهر السادس والسنة الخامسة من العمر، وتأتي خطورته نتيجة فَقْد الجسم كمية كبيرة من الماء والأملاح مما يؤدي إلى التجفاف (Dehydration)، وما يزيد التجفاف أن بعض الأمهات يمتنعن عن إعطاء الطعام لأطفالهن أثناء الإسهال، ويساعدهن في ذلك أن الطفل المصاب بالإسهال لايشعر بالجوع ولايرغب بالطعام، كما أن القياء المرافق للإسهال غالباً ما يساعد على ظهور التجفاف[1] بسرعة.

* **أسباب الإسهال :**

ـ ***أسباب داخل الجهاز الهضمي :***

1- ***سوء امتصاص الطعام*** : ويحدث نتيجة مرض في الأمعاء الدقيقة أو بعد العمليات الجراحية التي يتم فيها وَصْل الأمعاء بعد استئصال جزء منها، أو نتيجة مرض في البنكرياس أو الكبد أو المرارة حيث لاتهضم الطعام بعصارتها اللازمة للهضم.

2- ***إصابة الجهاز الهضمي بالجراثيم*** (مثل جرثومة السلمونيلة أو الشيجلة التي تؤدي للزحار العصوي أو جرثومة الكوليرا) أو الڤيروسات أو وحيدات الخلية (الإصابة بالزحار الأميبي) أو الديدان (حيث تُهَيِّج الأمعاء وتؤدي للإسهال).

---

(1) علامات حدوث التجفاف : عدم التبول مدة تزيد عن ست ساعات ، جفاف الفم واللسان ، غؤور العينين ، رخاوة الجلد عند قرصة ، غؤور اليافوخ عند الطفل (انظر الصورتين)

3- **حالات التسمم الغذائي :** يكون الطعام فاسداً، وهنا يصاب عدة أشخاص من الأسرة في الوقت نفسه، وقد ينتج التسمم عن جرثوم أو مادة كيميائية أو ذيفان (Toxin) أو نبات.

4- **تهيج الأمعاء أو التهابها:** مثل حالات التهاب القولون التقرحي أو الأورام أو الرتوج في القولون.

5- **الأدوية :** مثل المضادات الحيوية (Antibiotics) وبعض الأدوية المضادة للأورام، ومضادات الحموضة (الحاوية على المغنزيوم) والديجيتال (دواء القلب) والحديد.

6- **تناول المسهلات.**

7- **التحسس** من بعض الأطعمة.

8- **التهاب المعدة والأمعاء** عند الأطفال (الإسهال الصيفي أو الوبائي).

غؤور العينين دليل آخر على التجفاف الشديد

ظهور ثنيات على الجلد عند قرصه دليل على التجفاف الشديد

ـ أسباب خارج الجهاز الهضمي :

1- الوضع النفسي المضطرب مثل حالات القلق والخوف.
2- التهابات الجهاز البولي أو التنفسي العلوي (عند الأطفال).
3- الطعام غير المناسب الحاوي على الكثير من السكر مثل تناول الفاكهة بكميات كبيرة كالفريز مثلاً.
4- إسهال المسافرين: ينجم عن طعام فاسد أو كثير الدسم وعن تغير عادات الأكل أثناء السفر.

ويمكن تقسيم حالات الإسهال إلى :

1- ***حالات الإسهال الحاد*** :(وهي التي تحدث بشكل فجائي وتستمر فترة قصيرة غالباً) ويغلب أن يكون السبب جرثومياً أو تناول مادة سمية (تسمم غذائي) أو طعام غير مناسب أو تناول دواء ما (المضادات الحيوية – المسهلات) أو تحسس أو اضطراب نفسي.

2- ***حالات الإسهال المزمن*** :وهي التي تبقى أسابيع أو أشهر، وتكون إما مستمرة أو متقطعة، وتحدث بعد العمليات الجراحية أو التهابات الأمعاء أو الأورام أو قد تكون مرافقة للأمراض المزمنة كالداء السكري.

سابعاً : الإمساك (Constipation):

الإمساك هو عكس الإسهال، حيث يعني قلة (أو عدم التبرز) أو وجود صعوبة في التبرز. لكن يصعب تحديد عدد مرات التبرز للشخص يومياً أو المدة الفاصلة بين تبرز وآخر، حيث يختلف الأشخاص في تركيبهم وعاداتهم وتقاليدهم ونظام حياتم. لكن نستطيع القول أن من يعاني من الإمساك هو شخص لا يتبرز خلال ثمان وأربعين ساعة كحد أقصى (حيث لا يوجد أي قانون يقضي بأن نذهب إلى الحمام مرة في اليوم)، أو إذا كان البراز عنده قاسياً وجافاً (وجود صعوبة في التبرز)، مع العلم أن الأطفال يتبرزون أكثر من مرة في اليوم الواحد، وأن بعض الكبار يتبرز مرة كل 3 أيام بشكل طبيعي ودون أي مشاكل، بينما يتبرز أغلب الكبار مرة كل 24 ساعة، كما أن لدى معظم النساء ميل للإصابة بالإمساك، ويعد ذوو البشرة السمراء أكثر عرضة للإمساك من ذوي البشرة الشقراء، ويعد الإمساك أكثر شيوعاً في المناطق الباردة منه في المناطق المعتدلة، حيث ينفق في أوروبا الغربية ما يقرب من مليار فرنك فرنسي سنوياً لشراء الملينات.

أسباب الإمساك :

قد يكون الإمساك حاداً، كما يحدث بعد انسداد الأمعاء أو شللها، أو كعرض لمرض بطني حاد معمم آخر، أو تغير مفاجئ في العادات اليومية كالسفر أو الدخول إلى المستشفى أو ذهاب الطفل إلى المدرسة؛ وقد يكون مزمناً وأسبابه عديدة :

1 - الطعام غير المناسب، أي الخالي من الألياف والخضروات (وهو سبب مهم).

2 - حالات التجفاف الشديد والجوع الشديد (المخمصة : Starvation).

3 - كثرة استعمال المسهلات (حيث تؤدي لنتيجة عكسية).

4 - كثرة استعمال الحقن الشرجية (Enema).

5 - حالات الشرج المؤلمة : البواسير – الخراج حول الشرج – الشقوق الشرجية.

6 - بعض الاضطرابات النفسية.

7 - القولون المتشنج (IBS).

8 - التسمم بالرصاص (عند عمال المطابع أو من لعب الأطفال).

9 - بعض الأدوية : مدرات البول – مضادات الحموضة الحاوية على الألمنيوم – مضادات التشنج – المخدرات (المورفين والكودئين).

10- عند الحوامل وعند المسنين.

صعوبة التبرز (Dyschezia):

قد يكون البراز قاسياً وجافاً وذلك بسبب :

* **الاحتباس الطويل :** حيث يكتسب الشخص عادات سيئة فيكون غير مبال لعادة التبرز ولا يستجيب لها ولا يعود أمعاءه على التبرز، أو يقاوم فعل التبرز لعدم وجود مراحيض مريحة أو لعدم وجود الوقت الكافي أوالمناسب، ولذلك تصاب الأمعاء بالكسل والتمدد وتفقد منعكس التبرز، فيحتجز البراز ويمتص الماء منه فيصبح قاسياً (مثل البعر Scybala) ويصبح التبرز صعباً ومؤلماً، وقد نحتاج للتفريغ اليدوي.

* **المسنون :** حيث يصاب المسنون بضعف في عضلات الحوض مع قلة الحركة.

* **حالات التجفاف الشديد** ونقص تناول السوائل.

* **نقص الفضلات** في الطعام (قلة الألياف).

ثامناً : انتفاخ البطن (Flatulence)

ينجم انتفاخ البطن (ريح البطن) عن توسع جزء من الجهاز الهضمي نتيجة الغازات[1]، ومن الضروري أن نميز بين :

1- انتفاخ البطن المعدي : حيث يتسرب الغاز من الأعلى (الفم) بالتجشؤ.
2- انتفاخ البطن المعوي : حيث يتسرب الغاز من الأسفل (الشرج) بالأرياح.

* انتفاخ البطن المعدي (الغازات في المعدة) :

* **الأسباب :**

1- تعود معظم الحالات إلى عادة ابتلاع الهواء (Aerophagy) ، ويكون التجشؤ عنيفاً دون رائحة، ويستطيع المريض أن يتجشأ متى أراد، وقد ينتج عن انسداد الأنف أو التعود على التنفس من الفم وليس الأنف.

---

(1) الغازات المتواجدة هي الأكسجين والنتروجين وبأتيان من البلع ، والهيدروجين وثاني أكسيد الكربون والميثان CH_4 وتتكون في الجهاز الهضمي ، وهي قابلة للاشتعال فحذار ...

2- عسر الهضم الناجم عن القلق أو العصبية.
3- محاولة التخلص من الغازات في الأمعاء ببلع الهواء ثم تجشؤه ثانية «حيث نظن أننا نطرد الهواء فإذا بنا نبلعه».
4- الإفراط في الطعام بعد اتباع حمية خاصة.
5- التهاب المعدة المزمن وأمراض المرارة وقرحة المعدة أو الاثناعشري.
6- حالات الانسداد التي ينتج فيها الغاز عن تخمر محتويات المعدة الراكدة.

انتفاخ البطن

* انتفاخ البطن المعوي (الغازات في الأمعاء) :

* الأسباب :

1- غالباً مايترافق مع بلع الهواء حيث تمر كميات كبيرة من الهواء المبلوع بسرعة عبر القناة الهضمية لتمر من الشرج بعد نصف ساعة إلى ساعة من ابتلاعها.
2- بعد الولائم الكبيرة، أو بعد بعض الأطعمة مثل الملفوف (الكرنب) والقرنبيط والبازلاء واللوبياء والفول والحمص والفجل والخرشوف والبهارات.
3- الإمساك الذي يشكل عائقاً أمام غازات الأمعاء.
4- حدوث تخمر شاذ – نتيجة الإسهال والمليّنات حيث تصل الأطعمة غير المهضومة جيداً إلى الأمعاء الغليظة – نتيجة انسداد معوي جزئي حيث تتأخر الأطعمة في الأمعاء فتتخمر.
5- حالات تطبل البطن (Meteorism = Tympanites) : وفيها يوجد غاز حر في جوف البطن نتيجة انثقاب في الجهاز الهضمي أو نتيجة فتح البطن أو نتيجة انسداد الأمعاء الناجم عن فتق مختنق أو انفتال أو انغلاف أو ورم أو أي سبب آخر.

تاسعاً: الفواق (Hiccup :Singultus) :

ينجم الفواق (الحازوقة، الزغطّة) عن تقلص لا إرادي للحجاب يتوقف بسرعة بتقارب الحبال الصوتية، قد يرجع كل 15-100 ثانية وأحياناً بسرعة أكبر بكثير.

ويمكن للنوبات أن تستمر ساعات إلى أيام أحياناً، وقد تمنع المريض من النوم العميق، ويحدث بصورة خاصة نتيجة تنيبه العصب المبهم (الحائر أو التائه Vagus) والعصب الحجابي.

الأسباب :

تهيج الأمعاء ـ أو التمدد التالي للأكل السريع أو الأطعمة الكثيرة أو البهارات وهو أكثر الأسباب، كما قد تنجم عن التناول المفرط للكحول (فواق الكحولية) أو عسر الهضم أوالغازات في المعدة أو القولون.وهناك الفواق الهستيري : المريض بصورة عامة فتاة بين 15-25 سنة من العمر، قد تصاب بالفواق لأسابيع خلال ساعات استيقاظها بمعدل 2-3 مرات في الدقيقة. يتوقف الفواق خلال النوم.

عاشراً : عسر الهضم (Dyspepsia) :

يعني عسر الهضم (التخمة) الشعور بعدم الارتياح بعد تناول الطعام، وقد يرافقه ألم وانتفاخ وقياء وفقدان شهية وحرقة الفؤاد والتجشؤ، ويكون البطن حساساً عند الضغط عليه.

وعسر الهضم تعبير يستخدم كثيراً للدلالة على أن الجهاز الهضمي سليم من الناحية البنيوية ـ لكنه مريض من الناحية الوظيفية.

*** أسباب عسر الهضم :**

أ ـ عسر الهضم الوظيفي :

حيث لاتوجد إصابة عضوية، إنما اضطراب وظيفي فقط ويحدث إذا كان الطعام غير مناسب أو سيء الطهي والمذاق، أو بعد الوجبات السريعة أو الأكل المفرط أو نقص التغذية أو بعد الإكثار من الكحول أو الشاي أو التبغ أو الأدوية. كما يحدث إذا كان هناك خطأ في الأكل مثل المضغ غير الجيد، أو نقص الأسنان، أو التهاب الفم، أو الأكل أثناء التعب أو البرد، ونقص التمارين والحركة، والإمساك،

وفقر الدم الشديد. ولاننسى الأسباب النفسية : كالعمل المجهد وخاصة العمل الذي يتواصل مع فترات الطعام الهضم، والصدمة، والمشاكل العاطفية، والقلق والخوف من المرض، والمراقبة الزائدة لصحة الجسم.

ب ـ عسر الهضم العضوي :

أي وجود حالة عضوية في الجسم أدت فعلاً إلى عسر الهضم (وهو نادر) : كالذي يشاهد في حالات قرحة المعدة والتهاب المعدة والديدان في الأمعاء واضطرابات الكبد والبنكرياس.

الفصل الثالث

الوسائل المساعدة في تشخيص أمراض الجهاز الهضمي

1 - التصوير الشعاعي (الأشعة).
2 - التنظير الداخلي (المنظار).
3 - التصوير بفائق الصوت (السونار).
4 - التصوير المقطعي المحوسب (الطبقي المحوري).
5 - التصوير بالمواد المشعة (التفرس).
6 - التصوير بالرنين المغناطيسي.
7 - تصوير الأوعية.
8 - تصوير المرارة.
9 - الخزعة.
10- تنبيب الصائم.
11- فحص البراز.
12- فحص المستقيم.
13- اختبارات أخرى.

الفصل الثالث

الوسائل المساعدة في تشخيص أمراض الجهاز الهضمي

يعتمد التشخيص في أمراض الجهاز الهضمي على الشكايات التي يأتي بها المريض إلى الطبيب (وتسمى الأعراض Symptoms) وعلى الموجودات التي يكتشفها الطبيب (وتسمى العلامات Signs) وعلى ما يمكن الحصول عليه من نتائج من الإجراءات المساعدة، حيث هناك العديد من الفحوص والوسائل التي تساعد على تشخيص أمراض الجهاز الهضمي - أو تؤكد هذا التشخيص عند الشك به - بعضها فحوص عامة تجرى في الكثير من الأمراض، وبعضها مهم وأساسي في الجهاز الهضمي مثل التصوير الشعاعي والتنظير الداخلي والخزعة.

أولاً : التصوير الشعاعي (الأشعة) :

أ - التصوير الشعاعي البسيط :

تجرى صور بسيطة للبطن لتشخيص انسداد الأمعاء حيث تتراكم الغازات بوضعية الوقوف بشكل سويات سائلة غازية.

ب - التصوير الشعاعي الظليل :

يتم التصوير بعد إعطاء مادة الباريوم الظليلة على الأشعة حيث تُبلع كلقمة واحدو أو وجبة كاملة أو تُعطى بشكل حقنة شرجية وتدخل إلى الجهاز الهضمي الذي هو أساساً على شكل أنبوب مجوف (راجع الفصل الأول) وبالتالي فإن هذه المادة لاتمتص وإنما تُظهر لنا حدود الأنبوب الهضمي - أي حدود المعدة والأمعاء، وتظهر إن كانت هذه الحدود منتظمة أو مشوهة بسبب وجود ورم أو قرحة أو أي آفة مرضية، وهذا يسمى التصوير الشعاعي الظليل، ويعرف بين العامة باسم التصوير الشعاعي الملون أو بالصبغة.

1- **التصوير الشعاعي الظليل للمريء** : يتم بإعطاء لقمة الباريوم وأخذ صور شعاعية متلاحقة بسرعة فائقة نظراً لسرعة مرور اللقمة.

2- **التصوير الشعاعي للمعدة والاثناعشري** : يتم بإعطاء وجبة الباريوم بكمية كافية وأخذ صور لمختلف المناطق بوضعيات مختلفة وبمراحل مختلفة، وقد نصور المعدة بعد إفراغ (طرح) الباريوم حيث يحقن المريض بمادة غازية وتصور المعدة فيظهرجدار المعدة واضحاً بهذه الطريقة التي تسمى التصوير بالتباين المزدوج (Double Contrast) يمكن إعطاء المادة عبر أنبوب لتصل إلى الاثناعشري مباشرة دون المرور بالمعدة.

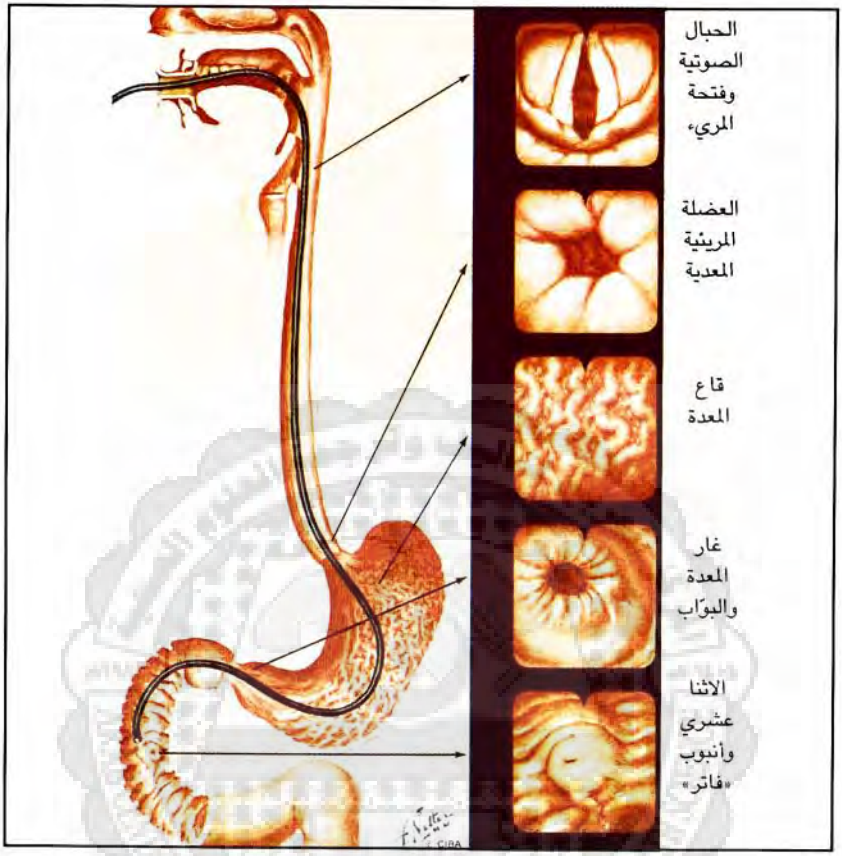
3- **التصوير الشعاعي الظليل للأمعاء الدقيقة** : ويتم عن طريق الفم حيث ننتظر 3-4 ساعات حتى تصل المادة الظليلة (الباريوم) إلى نهاية الأمعاء الدقيقة. ويمكن أن يتم عن طريق الشرج أيضاً بإعطاء حقنة شرجية من المادة الظليلة.

4- **التصوير الشعاعي الظليل للقولون** : وهي أهم وسيلة لفحص القولون، يجرى بعد تحضير المريض بحقن شرجية مُفرِغَة مساء اليوم الذي يسبق الفحص وصباحاً قبل الفحص، مع إعطاء مسهل لتنظيف الأمعاء ثم تحقن المادة الظليلة عن طريق الشرج. كما يمكن أن يتم ذلك عن طريق الفم، لكن هذا يتطلب 3-5 ساعات لتصل المادة الظليلة إلى القولون. وكما في حالة المعدة يمكن حقن الهواء بعد إفراغ الباريوم وتصوير القولون لمعرفة اضطرابات الغشاء المخاطي للقولون.

ثانياً: التنظير الداخلي (المنظار: Endoscopy) :

يعني التنظير الداخلي إدخال أنبوب مرن (المنظار) في نهايته مرآة وضوء وعدسة، وقد صمم بحيث يمكن من خلاله رؤية الغشاء المخاطي لأجزاء الجهاز الهضمي مباشرة ودون عوائق.

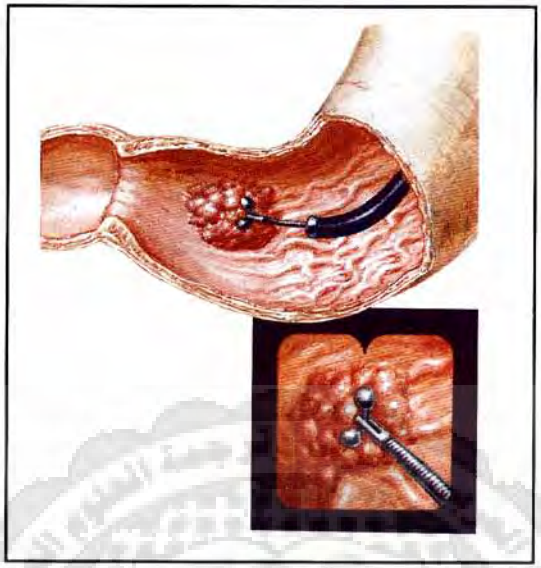
يدخل المنظار عن طريق الفم لرؤية القسم العلوي من الجهاز الهضمي (المريء، المعدة، الاثناعشري، بداية الأمعاء الدقيقة) ويسمى التنظير العلوي - شكل (11)، أو يدخل عن طريق الشرج لرؤية القسم السفلي من الجهاز الهضمي (الشرج، المستقيم، القولون، نهاية الأمعاء الدقيقة) ويسمى التنظير السفلي.



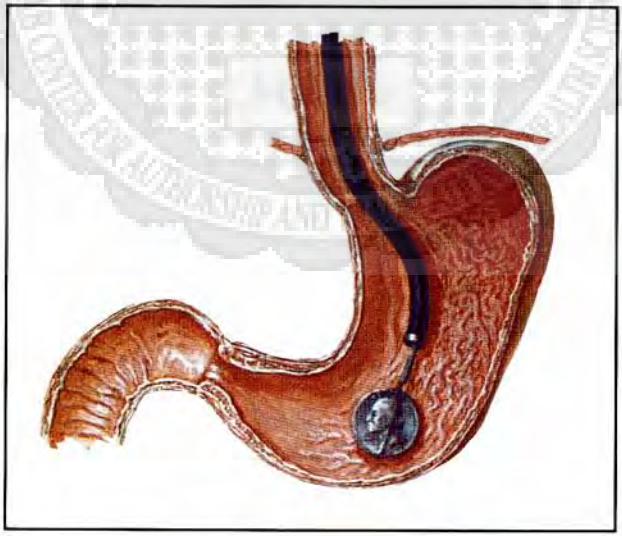
شكل (11) : منظار المعدة والاثناعشري بعد إدخاله

1- **التنظير الداخلي للمريء** : يجرى لرؤية الإصابات في المريء وخاصة قسمه السفلي، أو يستعمل لسحب جسم غريب أو توسيع التضيقات أو تصليب الدوالي أو تخثير البؤر النازفة. وقد يكون التنظير الداخلي للمريء جزءاً من تنظير المعدة.

2- **التنظير الداخلي للمعدة** : يتم التنظير والمريض مستلق على جنبه الأيسر، حيث يسمح بالرؤية المباشرة لجوف المعدة مع التقاط صور وأخذ خزعات من الآفة (جزء منها) مباشرة (الشكل 12)، وسحب الأجسام الغريبة من المعدة (الشكل 13).



شكل (12) : أخذ خزعة من المعدة بوساطة المنظار



شكل (13) : سحب الأجسام الغريبة من المعدة

3- **التنظير الداخلي للإثنا عشري** : وهو تكملة لتنظير المعدة ؛ إضافة لذلك يمكن بوساطة التنظير الداخلي للإثنا عشري أن نحقن مادة ظليلة بقصد تصوير الطرق الصفراوية والبنكرياسية الراجع (ERCP) خاصة في حال اليرقان.

4- **التنظير الداخلي للأمعاء الدقيقة** : ويتم بعد تنظير الاثناعشري ولايسمح برؤية كل الأمعاء الدقيقة، لكن يمكن رؤية القسم الأخير من الأمعاء الدقيقة (اللفائفي) عبر منظار القولون الذي يدخل من الشرج.

5- **تنظير القولون وتنظير المستقيم وتنظير الشرج** : لكل منها منظار خاص له صفات معينة، وهو إجراء مهم لرؤية الآفات مباشرة وأخذ خزعة لدراستها تحت المجهر.

6- **تنظير جوف البطن (Laparoscopy)** : وتتم بإدخال منظار إلى البطن عبر فتحة خاصة على يسار الخط بين السرة وما تحت عظم القص لرؤية أحشاء البطن مباشرة ـ الشكل (14).

شكل (14) : تنظير جوف البطن

ثالثاً : التصوير بفائق الصوت Ultrasonodgraphy

(ويسمى تخطيط الصدى Echography أو الإيكو أو السونار) :

ازداد استعمال الأمواج فائقة الصوت في السنوات الأخيرة فأصبحت إحدى الوسائل التشخيصية الهامة خلال الكثير من الحالات المرضية في الجهاز الهضمي وفي جسم الإنسان عامة.

تتصف الأمواج فائقة الصوت بعدة مزايا : فهي لاتؤذي الجسم مهما طال تعرضه لها أو تعدد، ويمكن تطبيقها لدى الحوامل، ولايحتاج الفحص بها إلى أي تحضير أو حقن مواد ظليلة، كما لايقتصر على تصوير عضو واحد فقط بل مجموعة متنوعة من الأعضاء كأحشاء البطن بجلسة واحدة، ويتم الحصول على نتيجة التخطيط بشكل فوري.

رابعاً: التصوير المقطعي المحوسب

(الطبقي المحوري: CT Scan) :

يستغرق التصوير نصف ساعة تقريباً، يتحتم على المريض خلالها أن يكون مستلقياً على ظهره وساكناً تماماً، علماً أن كمية الأشعة التي يتلقاها جسم المريض أثناء التصوير غير ضارة.

يفيد استعمال التصوير المقطعي في استقصاء الآفات التي تشغل مكاناً في مختلف الأعضاء (الكبد، البنكرياس، الطحال) ويفحص المرارة والطرق الصفراوية واليرقانات وغيرها من أمراض الجهاز الهضمي.

خامساً: تصوير المرارة (Cholecystography) :

1- عن طريق الفم أو الحقن داخل الوريد : يعطى المريض مادة تظهر بالأشعة كبعض مركبات اليود التي تفرز في المرارة، وذلك إما عن طريق الفم أو عن طريق الحقن بالوريد. تعطى أقراص المادة مساء ويتم التصوير صباح اليوم التالي والمريض على الريق، وتجرى عدة صور – بعضها بعد إعطاء طعام دسم (زبدة) – أما عندما تعطى المادة بالحقن داخل الوريد فتظهر في المرارة خلال دقائق من حقنها.

تفيد هذه الطريقة في كشف حصيات المرارة أو وجود انسداد.

2- **تصوير المرارة عن طريق المنظار** : حيث تحقن المادة الظليلة مباشرة إلى القناة المرارية خلال عملية التنظير فتظهر على شاشة تلفزيونية وتؤخذ صور بشكل متلاحق.

3- **تصوير المرارة من خلال الجلد** : حيث تحقن المادة الظليلة من خلال الجلد إلى الكبد مباشرة ثم تؤخذ صور شعاعية متلاحقة.

4- **تصوير المرارة أثناء العمل الجراحي على المرارة أو بعده** : من خلال أنبوب مطاطي يترك في المرارة.

سادساً : التصوير بالمواد المشعة (التفرس : Scanning) :

تطور استعمال المواد المشعة في تشخيص العديد من أمراض الجهاز الهضمي بالنظر لسهولة تطبيقها، وعدم الحاجة إلى تحضير صعب بالنسبة للمريض وعدم وجود ما يمنع من إجرائها سوى الحمل. وتفيد في كشف الكتل (خراج، ورم، كيسة...) أو وجود انسداد في المرارة.

سابعاً : التصوير بالرنين المغنطيسي (MRI) :

طريقة جديدة ومتطورة لكنها مكلفة.

ثامناً : تصوير الأوعية (Angiography) :

تعطى مادة ظليلة لدراسة الدوران في أحشاء البطن.

تاسعاً : الخزعة (Biopsy) :

تعني الخزعة أخذ جزء من الآفة أو الغشاء المخاطي بطرق خاصة ودراستها تحت المجهر لتشخيص بعض الأمراض والتي لاتشخص إلا برؤيتها بعد التكبير، حيث يمكن أخذ خزعة من المعدة والاثناعشري أثناء التنظير العلوي، كما يمكن أخذ خزعات من الأمعاء الدقيقة بوساطة أنابيب خاصة تدخل مباشرة إلى الأمعاء الدقيقة، ويمكن أيضاً أخذ خزعات من القولون أثناء التنظير السفلي.

عاشراً : تنبيب الصائم (Jejunoscopy) :

يتم بوساطة أنبوب مطاطي خاص يدخل عن طريق الفم إلى الصائم تحت المراقبة الشعاعية، وتسحب عينات متعددة من سائل الصائم بقصد الدراسة الجرثومية والخلوية.

حادي عشر : فحص البراز :

له أهمية كبيرة في كل أمراض الجهاز الهضمي خاصة في بلادنا الموبوءة بالطفيليات والزحار والكثير من العداوى الجرثومية. ويتضمن العديد من الفحوص:

1- تحري الدم الخفي في البراز (أي الدم الذي يظهر بالفحص بالمجهر ولايظهر بالعين المجردة).
2- تحري وجود بيوض أو أكياس الطفيليات.
3- تحري وجود جراثيم (ويتم ذلك بزرع البراز).
4- تحري الدسم (الدهون) في البراز.
5- تحري النشاط المشع في البراز : في أمراض البنكرياس.

ثاني عشر : فحص المستقيم :

ويسمى المس الشرجي حيث يفحص الطبيب بإصبعه المنطقة الشرجية لمعرفة وجود بواسير أو شق شرجي أو خراج أو تضخم البروستاتة، مع ملاحظة وجود دم على الإصبع.

ثالث عشر : اختبارات أخرى :

هناك العديد من الفحوص المساعدة في تشخيص أمراض الجهاز الهضمي مثل :

فحوص الدم : نسبة البيليروبين والكريات والصفيحات والبروتينات والمعادن والسكر وإنزيمات (خمائر) الكبد والبنكرياس.

فحص البول : لكشف الأصبغة الصفراوية والبروتينات والسكر والأميلاز.

الاختبارات المناعية : لتحري وجود أضداد ومستضدات (في أمراض الكبد خاصة).

- اختبارات الامتصاص والتي تجرى في حالات الشك بوجود سوء امتصاص السكر أو البروتين أو حمض الفوليك أو فيتامين B_{12} وغيره.

- اختبارات خاصة بوظائف بعض الأعضاء؛ مثل اختبار ارتداد الحمض أو تصفية الحمض في المعدة وقياس ضغط المريء.

الفصل الرابع

أمـــراض جـــوف الفـــم

1- أمراض الغشاء المخاطي في الفم (التهاب الفم) :

* التقرحات الحادة - القلاع .
* التقرحات المزمنة .
* التهاب الفم النيكوتيني .
* داء المبيضات الفموي .

2- العطش وجفاف الفم .

3- زيادة اللعاب .

4- البَخَر .

5- أمراض اللسان :

* تغير لون اللسان .
* اللسان الجغرافي .
* اللسان المربوط .
* فقد الذوق أو اضطرابه .

الفصل الرابع

أمراض جوف الفم

تحدث 200 آفة أو مرض أولي في الغشاء المخاطي المبطن للفم ، وفي اللثة والأسنان والفكين والغدد اللعابية الكبيرة والصغيرة، إضافة لذلك قد تسبب الكثير من الأمراض أو الأدوية شذوذات ثانوية في الغشاء المخاطي للفم أو الغدد اللعابية. نناقش هنا الأمراض الأهم والأشيع فقط :

أولاً : أمراض الغشاء المخاطي في الفم (التهاب الفم Stomatitis):

1- التقرحات الحادة :

قد تنجم عن رض أو نقص المناعة أو الإصابة بالجراثيم (مثل جرثوم الزهري أو السيلان) أو الفيروسات (مثل فيروس الحصبة والهربس البسيط «العقبولة» وفيروس الإيدز). وقد تكون مجهولة السبب مثل التقرحات القلاعية وهي الأهم.

قرحة قلاعية

شكل (15) : التهاب الفم القلاعي

التقرحات القلاعية (Aphthous ulcers) :

القلاع (Aphtha) أو التهاب الفم القلاعي مرض مجهول السبب يصاب به 20٪ من الناس تقريباً ذكوراً وإناثاً، كباراً وصغاراً ، تظهر فيه تقرحات مؤلمة ومحرقة (الشكل 15) وقد تعيق المضغ والبلع وحتى التكلم . قد تكون وحيدة أو متعددة وهي محددة جيداً. تبقى الحالة العامة للمريض جيدة فلا حرارة ولاضخامة عقد لمفية (غدد بلغمية تحت الفك).

لاتحتاج إلى معالجة فهي تشفى عفوياً خلال 7-10 أيام لكنها تنتكس (ترجع) باستمرار.

يجب الامتناع عن تناول الأطعمة الحريفة والحامضة كالخل والمخللات والتوابل والموالح والبذورات والجوز واللوز والفستق والبندق والشوكولاتة.

2- التقرحات المزمنة :

وتشاهد في سرطان الفم الذي يترافق مع التدخين فترة طويلة في أكثر من 80٪ من الحالات.

3- التهاب الفم النيكوتيني (Stomatitis Nicotina) :

يسمى داء المدخنين وينجم عن نيكوتين التبغ وعن قطرانه وعن الحرارة المنبعثة من احتراقه حيث تظهر آفات حمر على الغشاء المخاطي للحنك ، وعلاجها الوحيد هو الإقلاع عن التدخين.

4- داء المبيضات الفموي (Oral candidiasis; Moniliasis) (السلاق Thrush) :

مرض شائع جداً، ويقول العامة «هناك فطريات في الفم». قد ينتشر خارج الفم ويسمى عندها الصماغ (Perleche). ينجم عن المبيضة البيضاء (خميرة شبيهة بالفطر) فتظهر طلاوة بيضاء تزول بالحك ، حيث تغطي قاعدة حمراء رطبة نازفة ومتعطنة (الشكل 16)، ويصادف لدى الرضع خاصة ، كما يصادف لدى الأولاد والكبار ولدى الشيوخ.

يعالج بمضادات الفطور (النيستاتين).

شكل (16) : داء المبيضات الفموي؛ لاحظ اللون الأبيض على الحنك

ثانياً : العطش وجفاف الفم
(Dryness of the mouth :Xerostomia) :

ينجم العطش عن نقص الوارد من الماء أو عن زيادة فَـقْـد الماء، أو زيادة استهلاك الملح. ومن الأسباب الرئيسية:

الإسهال الشديد، وكثرة التبول في الداء السكري والفشل الكلوي والتعرق الغزير خاصة أثناء الحمى (ارتفاع الحرارة). ويزداد العطش إذا كان المريض ضعيفاً جداً ولا يستطيع الشرب.

أما جفاف الفم فينتج عن نقص إفراز اللعاب ويشمل اللسان والغشاء المخاطي للفم وأهم أسبابه :

1- الأمراض التي تترافق مع ارتفاع الحرارة خاصة الأمراض الڤيروسية.
2- حالات التجفاف ونقص السوائل.
3- التنفس من الفم وخاصة أثناء النوم كما يحدث عند المصابين بمرض يسبب انسداد الأنف.
4- الحالات العصبية والنفسية (كالخوف والاكتئاب).
5- الأمراض التي تصيب الغدد اللعابية.
6- بعض الأدوية : مثل الأدوية المضادة للتشنج (الأتروبين)، والمضادة للتحسس (مضادات الهستامين)، والمضادة للاكتئاب.

ثالثاً : زيادة اللعاب (الإلعاب: Salivation) :

يجب التمييز بين زيادة اللعاب في الفم، وعدم القدرة على بلعه. أهم أسباب زيادة اللعاب هي:

التهاب الفم والقرحة المعدية والوضع النفسي المضطرب وبعض الأدوية كاليود.

رابعاً : البَخَر Halitosis (رائحة الفم الكريهة: Bad breath) :

أهم أسبابه :

1- نقص نظافة الفم وبخاصة نظافة الأسنان، مما يؤدي لتسوسها أو التهاب اللثة وتفسخ القطع الطعامية الباقية حول الأسنان أو تكاثر الجراثيم في اللثة واللوزتين.

2- التهاب الفم أو البلعوم الحاد.

3- وجود جسم غريب في الأنف.

4- التهاب القصبات وخراجة الرئة، وخاصة بوجود التدخين.

5- عسر الهضم (الإمساك بحد ذاته لايؤثر على النَفَس).

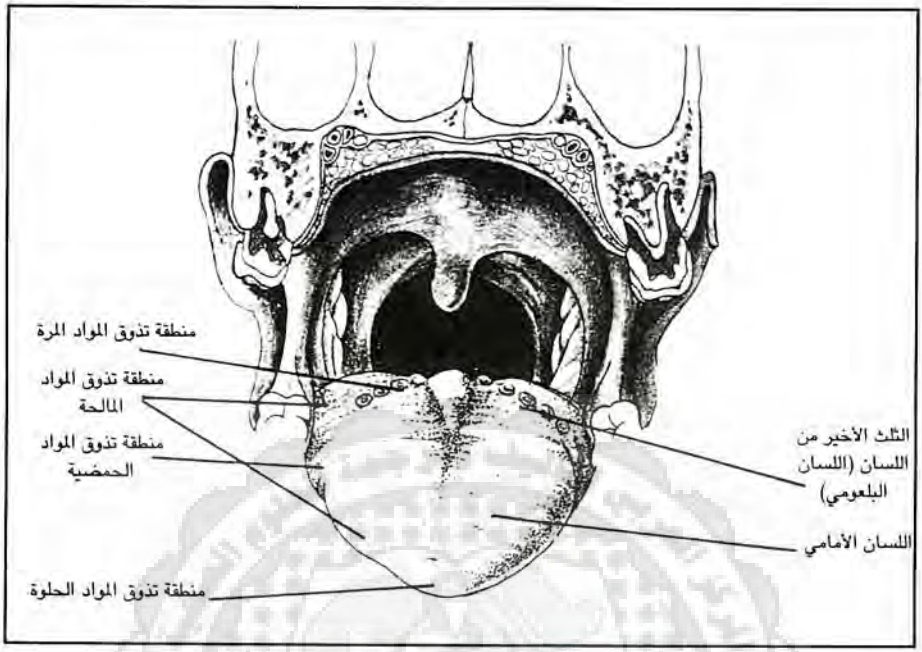
6- تناول بعض الطعام كالثوم والبصل أو الكحول أو بعض الأدوية كالبارالدهيد.

7- بعض الأمراض حيث تعطي النَفَس رائحة مميزة (كالسكري الذي يعطي رائحة الأسيتون (التفاح المتعفن) والفشل الكلوي الذي يعطي رائحة البول، والمرض الكبدي الذي يعطي رائحة العفونة).

خامساً: أمراض اللسان :

اللسان هو الناطق الرسمي للإنسان، ميزه الله بالنطق والتعبير، وجعله من آياته قال تعالى «**ومن آياته اختلاف ألسنتكم وألوانكم**»... وكم من الناس رفعها لسانها، وكم من الناس أذلها لسانها.

وللسان وظائف أخرى غير النطق: فهو يحرك الطعام في الفم ويدفعه إلى البلعوم بعد مضغه، وهو عضو الذوق (الحلو والمر والحامض والمالح) ولكل طعم خلاياه المتخصصة به في مكان معين من اللسان (الشكل17).



شكل (17) : أماكن التذوق في اللسان

1- تغير لون اللسان :

قد يكون اللسان متسخاً، وهذا ما يلاحظ صباحاً أحياناً نتيجة تراكم الرواسب على الحليمات أثناء الليل، ومن الجدير بالذكر أن الرضع لا يتعرضون أبداً لاتساخ اللسان لعدم وجود حليمات ذوقية عندهم. وقد يكون اللسان متسخاً أيضاً عند وجود اضطرابات في المعدة (المعدة فقط) أو عند الإصابة ببعض الأمراض المترافقة بحمى.

قد يكون اللسان أصفر اللون عند المدخنين أو الذين يتناولون مركبات التتراسكلين أو المصابين بنوع من فقر الدم.

يشاهد اللسان الأحمر في حالات التهاب اللسان الذي ينجم عن أسباب عديدة كالجرح (وهذا ما يلاحظ عند المصابين بالصرع حيث يعضون ألسنتهم) أو نقص الڤيتامين "B"، أو احتكاك اللسان المستمر بالأسنان المكسورة، أو تناول الكحول أو البهارات بكثرة.

أما اللسان الأبيض فيشاهد في داء المبيضات الفموي وقد يكون اللسان لماعاً وأحمر بعض الشيء عند المسنين.

2- اللسان الجغرافي (Geographic tongue) :

حالة مجهولة السبب، لكنها سليمة تصيب ظهر اللسان عند 2٪ من السكان تحدث في أي مرحلة من مراحل العمر وتدوم مدى الحياة. تتميز بمناطق دائرية محددة جيداً غير مؤلمة، حليماتها ضامرة نسبياً ومحاطة بحواف بيضاء رمادية متعرجة. تبدأ الإصابة بظهور بقعة صغيرة بيضاء على ذروة اللسان أو على حوافه ثم لا تلبث أن تتوسع شيئاً فشيئاً، وتنتشر نحو المحيط وتنخمص في مركزها وتنمحي حليماتها وتصبح حمراء قانية وتحيط بها حواف بيضاء متعرجة مما يعطي اللسان منظر الخريطة الجغرافية. وهذا المظهر قد يتبدل من يوم إلى آخر (الشكل 18) ولاداعي للمعالجة غالباً.

شكل (18) : اللسان الجغرافي؛ يتغير منظر اللسان بين فترة وأخرى الفترة بين الصورة الأولى (من اليسار) والثانية هي 14 يوماً، وبين الثانية والثالثة 10 أيام

3- اللسان المربوط (Tongue - tie) :

يولد بعض الأطفال ولسانهم لايخرج خارج الشفتين، وذلك لوجود غشاء في أسفل الحلق موصول إلى أسفل اللسان حتى مقدمته (الشكل 19).

يُزال الغشاء بعملية جراحية بسيطة حتى لايؤثر على النطق عند الطفل.

شكل (19) : اللسان المربوط

4- فَقْد التذوق أو اضطرابه :

تستطيع النهايات العصبية الحسية في اللسان أن تميز الأحاسيس الرئيسية للتذوق: الحلو والمر والحامض والمالح. وعند وجود إصابة عصبية يفقد التذوق أو يضطرب. وقد يشعر المريض بطعم غير مستحب في فمه أو تغير نكهة الطعام نتيجة الإصابة بالصرع حيث يشعر بذلك في بداية النوبة.

الفصل الخامس

أمـــراض المـــــريء

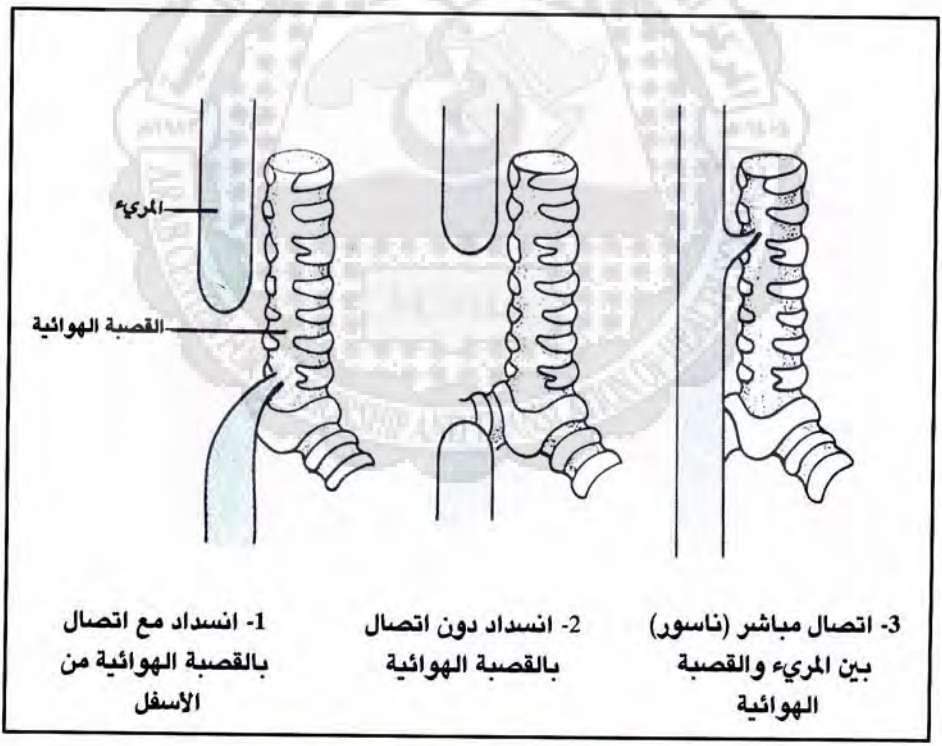
1- انسداد المريء الخلقي .
2- تشنج الفؤاد .
3- التهاب المريء الهضمي .
4- التهابات المريء الأخرى .
5- الفتق الحجابي (الفرجوي) .
6- رتوج المريء .
7- المريء المتعرج .
8- الأجسام الغريبة في المريء .

الفصل الخامس

أمراض المريء

أولاً : انسداد المريء الخلقي (الرتَق) Congenital atresia :

قد يولد الطفل مصاباً بانسداد في أعلى المريء أو أسفل المريء، وقد يكون المريء على اتصال مع القصبة الهوائية من الأسفل أو الأعلى أو الجهتين (وهذا الاتصال يسمى ناسوراً) (الشكل 20).



شكل (20) : أشكال انسداد المريء الخلقي

يعاني الطفل منذ ولادته من القياء بعد الرضاعة، مع السعال والازرقاق نتيجة دخول اللعاب من الفم إلى الرئة عبر الناسور الموجود بين المريء والقصبة المؤدية إلى الرئة. كما يعاني الطفل من انتفاخ البطن نتيجة ابتلاع الهواء.

يجب أن يُشخص المرض بسرعة وتُجرى الجراحة اللازمة حسب حالة المريض.

ثانياً : تشنج الفؤاد (Cardiac spasm) :

وله أسماء كثيرة : تشنج نهاية المريء السفلية، عدم انفتاح أو عدم ارتخاء فوهة المريء السفلية، اللاارتخائية، المريء العرطل (المتضخم)، انقباض المريء.

ينجم عن اضطراب عصبي عضلي يؤدي لضعف الحركات الدودية (التمعجات) أو غيابها مع عدم قدرة فوهة المريء السفلية على الارتخاء (الانفتاح) مما يؤدي إلى اضطراب في مرور الطعام إلى المعدة وتوسع المريء بالمحتويات الراكدة. سببه غير معروف، لكن تتهم الأسباب العصبية والنفسية.

يشكو المريض من صعوبة البلع الذي يظهر بشكل مفاجئ غالباً بعد صدمة أو انفعال نفسي حيث يشعر المريض بتوقف اللقمة، ويعاني بعدها من رجوع المواد الطعامية دون حموضة، وتخف الأعراض بعد تقيؤ المريض ثم يشكو المريض من نقص الوزن نتيجة نقص الغذاء.

أفضل طريقة للتشخيص هوالتصويرالشعاعي الظليل (الأشعة الظليلة «الملونة – الصبغة») (الشكل 21).

تعالج الحالة بالاهتمام بالوضع النفسي والنوم بوضعية نصف الجلوس مع إعطاء حمية مغذية خالية من المخرشات الكيميائية. وقد يحتاج الأمر لإجراء توسيع بكيس هوائي أو بالشمعات أو يحتاج للجراحة.

ثالثاً : التهاب المريء الهضمي :

ويسمى أيضاً التهاب المريء الجزري أو القلسي أو الارتدادي أو الارتداد المعدي المريئي. وفيه يصاب الغشاء المخاطي المبطن للمريء بالالتهاب نتيجة الإفرازات الهضمية: عصارة المعدة غالباً، والصفراء أحياناً. حيث ترتد (تعكس –

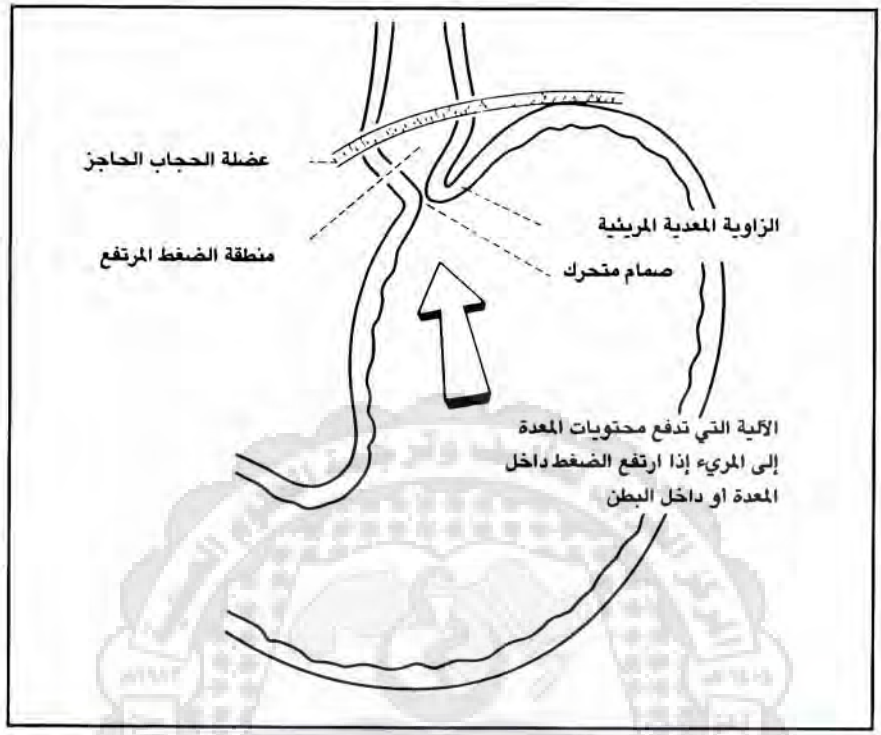
تجزر – تقلص) هذه الإفرازات الحمضية من المعدة إلى المريء وتخرش الغشاء المخاطي له وتهيجه، قد تصل هذه الإفرازات إلى البلعوم وتؤدي إلى التهاب البلعوم الهضمي.

شكل (21) : تشنج الفؤاد كما يظهر بالتصوير الظليل؛
لاحظ المنطقة المتشبعة في أسفل المرئ (السهم)

الأسباب :

يجب أن نعرف أن الطعام يبقى في المعدة ولايرجع إلى المريء مهما كانت وضعية الجسم، ويعود الفضل في ذلك إلى مجموعة من العوامل تساعد على إبقاء الاتصال بين المريء والمعدة مغلقاً (أي إبقاء فم المعدة مغلقاً) وهذه العوامل هي (الشكل 22) :

1- وجود منطقة من الضغط المرتفع أسفل المريء والتي تعمل عمل معصرة.
2- وجود ما يشبه الزاوية تسمى الزاوية المعدية المريئية والتي تعمل مام متحرك يغلق فتحة المريء السفلية عند ازدياد الضغط في المعدة.
3- وجود عضلة الحجاب الحاجز التي تحيط بالمريء.
4- تقلص المعدة الذي يشد الفؤاد تحت الحجاب الحاجز.
5- بعض العوامل الهرمونية.



شكل (22) : العوامل التي تساعد على إغلاق الاتصال بين المريء والمعدة

وإذا حدث خلل في أحد هذه العوامل، فإن محتويات المعدة ترجع إلى المريء وتهيجه وتؤدي لالتهابه. لكن ماهي الأسباب التي تؤدي لذلك:

1- قد تتعرض المعدة لضغوط غير عادية عليها إما من الداخل (مثل تناول كمية كبيرة من الطعام خاصة قبل النوم) أو من الخارج (مثل لبس الملابس الضيقة والانحناء للأمام والوزن الزائد والاضطجاع).
2- هناك أطعمة تهيج المريء بشكل مباشر مثل عصائر الحمضيات كعصير البرتقال أو الأناناس أو الجريب فروت والقهوة والطماطم (البندورة).
3- هناك أطعمة تزيد من كمية الحموضة في المعدة كالبيرة والقهوة.
4- هناك أطعمة تؤدي لخلل في العوامل السابقة كالأطعمة الدسمة والمقلية والشوكولاتة والنعناع والكولا.
5- يشاهد التهاب المريء الهضمي في جميع الحالات التي تترافق مع اضطراب الاتصال بين المريء والمعدة مثل:المريء القصير، الحمل، السمنة، القياءات

المتكررة، الفتوق الحجابية، العمليات الجراحية.
6- أسلوب الحياة؛ مثل التدخين وتناول المشروبات الكحولية ولبس الملابس الضيقة والسمنة والحمل وبعض الأدوية.

* **الأعراض :**

يشكو المريض من صعوبة البلع و ارتداد الطعام مع ألم حارق في الصدر. تزداد الشكايات في وضعية الاستلقاء والانحناء للأمام (طأطأة القامة) وحمل أشياء ثقيلة وتناول المأكولات المخرشة والتدخين والكحول.

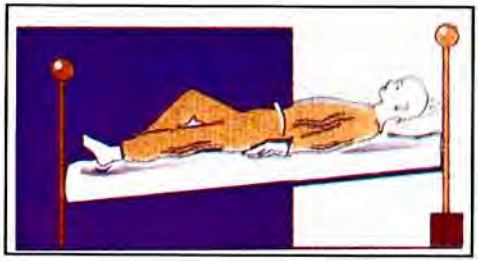
يعتمد التشخيص على إدخال منظار ورؤية الآفة مع أخذ خزعة وعلى التصوير الشعاعي (إعطاء الباريوم) وفحص حامض المعدة.

أما المعالجة فتهدف بالدرجة الأولى إلى منع حدوث ارتداد محتويات المعدة، وذلك باتباع النصائح التالية :

1- رفع السرير من جهة الرأس بمقدار 4-6 بوصات، مما يؤدي إلى تخفيف كمية الحامض المندفعة إلى المريء، ويفضل رفع رأس السرير بوضع سماكة تحت القوائم (انظر شكل 23) عن استخدام وسائد تحت الرأس (النوم بوضعية نصف الجلوس).
2- الابتعاد عن كافة الأوضاع التي ترفع الضغط داخل البطن كالانحناء إلى الأمام وحمل الأشياء الثقيلة واستعمال الأحزمة والألبسة الضيقة.
3- إنقاص الدهون في الطعام وتناول وجبات خفيفة وعدم تناول السوائل قبل النوم.
4- إنقاص الوزن والامتناع عن التدخين أو شرب الكحول لأن التدخين ينقص من قوة الفوهة السفلية للمريء.
5- عدم الاستلقاء قبل مرور 3 ساعات على تناول الطعام.
6- تناول الطعام بأوقات محددة.
7- تسجيل الوجبات التي تسبب ظهور الأعراض وحذفها من قائمة الطعام.
8- الابتعاد عن الحركات والأنشطة التي تزيد الضغط على البطن.

وفي حال عدم كفاية هذه الإجراءات نلجأ للمعالجة الدوائية والتي تشمل : إعطاء الأدوية التي تخفف حموضة المعدة أو تمنعها (السميتيدين – الأوميبرازول) وقد نحتاج للجراحة.

كما يجب معالجة ما ينتج عنه من مشكلات ومضاعفات كالتهاب الرئة والتهاب القصبات الهوائية.



شكل (23) : وضعية السرير في التهاب المريء الهضمي

رابعاً : التهابات المريء الأخرى :

وتضم أشكالاً كثيرة بأسباب عديدة مثل التهاب المريء بعد تناول مادة كيميائية (قصداً «كمحاولة للانتحار»، أو دون قصد «خطأ») أو التهاب المريء بعد تناول السوائل الباردة جداً أو الحارة جداً، أو تناول الأطعمة القاسية غير المضوغة بشكل جيد، أو دخول جسم غريب إلى المريء، أو إصابته أثناء إدخال المنظار، أو إصابته بالجراثيم والفيروسات والفطور.

وتكون الحالة واضحة في كل هذه الحالات، والمعالجة حسب السبب.

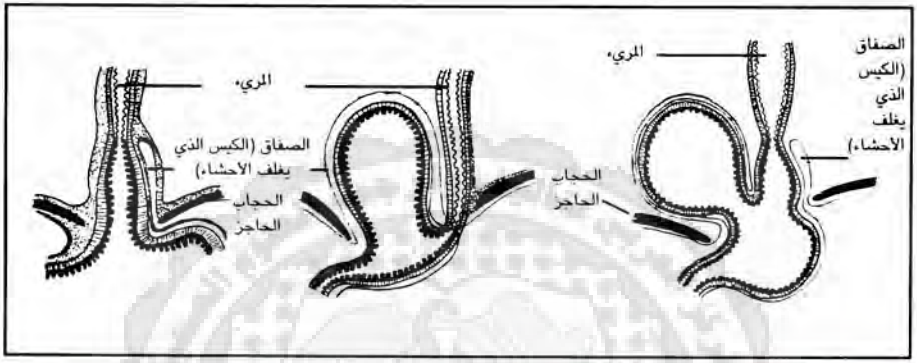
خامساً : الفتق الحجابي (الفرجوي: Hiatus hernia) :

علينا أن نتعرف أولاً على كيفية اتصال المريء بالمعدة ومكان هذا الاتصال لكي نفهم آلية حدوث الفتق الحجابي.

بالرجوع إلى شكل (1)، نجد أن المريء يتصل بالمعدة بعد أن يخترق الحجاب الحاجز الذي يفصل بين الصدر والبطن. وتوجد عدة عوامل تجعل هذا الاتصال ثابتاً في مكانه تحت الحجاب الحاجز، وقد ذكرت في الفقرة السابقة، وعندما يحدث خلل في هذا الاتصال يحدث الفتق الحجابي.

فالفتق الحجابي هو مرور أو انزلاق قسم من المعدة من خلال الفتحة التي يدخل فيها المريء إلى البطن (وتسمى فوهة الحجاب المريئية) بشكل دائم أو متقطع،

ويسمى عندها الفتق الحجابي الانزلاقي (المنزلق Slinding) وهذا يشكل 85-90 ٪ من الفتوق، حيث هناك أشكال أخرى فقد يبقى الاتصال بين المعدة والمريء في مكانه وإنما يخرج جزء من المعدة غير متصل بالمريء ويدخل إلى جوف الصدر بجانب المعدة ويسمى الفتق الحجابي الدحرجي (المسحوب Rolling) (جانب المريء) وقد يحدث النوعان معاً فيسمى الفتق الحجابي المختلط (الشكل 24).



(أ) الفتق الحجابي المنزلق 85٪، (ب) الفتق الحجابي المسحوب 10٪، (ج) الفتق الحجابي المختلط 15٪

شكل (24) : أشكال الفتق الحجابي

يصيب الفتق الحجابي النساءَ بنسبة تصل إلى ثلاثة أضعاف إصابة الرجال، وتزداد إمكانية الإصابة مع التقدم بالعمر، ويعتبر الحمل والسمنة وكبر حجم البطن وجميع الحالات التي تزيد الضغط داخل البطن من العوامل المساعدة. كما يمكن أن نشاهد الفتق الحجابي عند الأطفال الرضع بسبب ضعف عضلة الحجاب الحاجز لديهم - إضافة إلى ابتلاعهم الهواء الذي يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل المعدة وانفتاح الصمام المتحرك (الشكل 22).

قد لايعاني المريض من أية شكايات، ويتم اكتشاف الفتق بالمصادفة أثناء التصوير الشعاعي أوالتنظير الداخلي (إدخال المنظار). ترتبط الشكايات حين حدوثها بوضعية الجسم وتناول الطعام، حيث يغلب أن يشكو المريض من اللذع وحس حموضة وألم خلف القص ورجوع الطعام والتجشؤ وصعوبة التنفس وخفقان القلب خاصة خلال الاستلقاء أو الانحناء إلى الأمام أو تناول وجبة ثقيلة، وقد يصاب المريض بالسعال وصعوبة البلع أو حس قرقعة نتيجة امتلاء الفتق بالطعام والغازات (خاصة الفتق الدحرجي).

من مشاكل الفتق الحجابي حدوث التهاب المريء الهضمي (انظر التهاب المريء الهضمي سابقاً) ثم القرحة الهضمية (انظر القرحة الهضمية لاحقاً) وحدوث التهاب الرئة نتيجة دخول المواد الطعامية إلى الرئة أثناء النوم.

يعتمد **التشخيص** بالدرجة الأولى على الدراسة الشعاعية والتنظير الداخلي، أما المعالجة : فلا تحتاج الفتوق دون أعراض إلى أية معالجة، ويجب بشكل عام التخلص من السمنة والابتعاد عن كافة الأوضاع الجسمية التي ترفع الضغط داخل البطن (مثل الانحناء للأمام، ولبس الألبسة الضيقة) وتجنب التدخين والامتناع عن الكحول، وعدم شرب السوائل الحارة أو أكل الأطعمة القاسية والوجبات الدسمة. كما ينصح بتناول أغذية خفيفة ضمن وجبات طعامية قليلة الكمية وكثيرة العدد، كما يستحسن النوم بوضعية نصف الجلوس وتجنب الاستلقاء بعد تناول الطعام.

أما **المعالجة الدوائية** فتعتمد على الأدوية المضادة للحموضة بكافة أشكالها وقد نلجأ للجراحة في حال فشل الإجراءات السابقة.

وباختصار فالمرض مزعج لكنه لايشكل خطراً كبيراً على الصحة.

سادساً : رتوج المريء (Esophageal diverticula) :

تعريف الرتج: هو جيب (أو كيس) يبرز من جدار بعض أعضاء الجهاز الهضمي (كالمريء والأمعاء) مشكلاً جوفاً بين الألياف العضلية ويكون له من الداخل فوهة متصلة مع لمعة العضو. وأهم الرتوج:

1- ***رتج البلعوم السفلي :*** ويعرف باسم رتج «زنكر»، يظهر عند المسنين من الرجال، وسببه ضعف عضلي في الجدار الخلفي للبلعوم السفلي مع ارتفاع الضغط داخل اللمعة. غالباً ما يعاني المصاب من صعوبة البلع والشعور بجسم غريب في العنق حتى خارج أوقات الطعام، وقرقرة أثناء البلع، وسعال والتهابات تنفسية، وقد يصاب الرتج بالالتهاب أو بالسرطان. يتم التشخيص بالتصوير الشعاعي الظليل والتنظير الداخلي، وتكون المعالجة جراحية.

2- ***رتوج منتصف المريء :*** تحدث نتيجة انجذاب جدار المريء من قبل عقدة لمفية (بلغمية) ملتهبة، وتبقيدون أعراض أو شكايات، وإذا كبر حجمها تعالج بالجراحة.

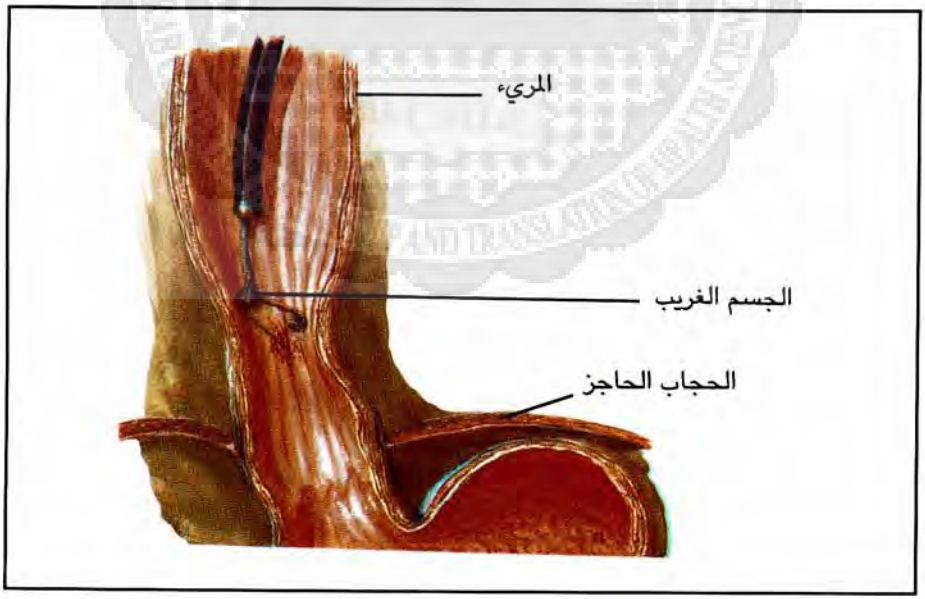
3- **رتوج ما فوق الحجاب الحاجز :** نادرة وترافق تشنج الفؤاد وتعالج بالجراحة.

سابعاً : المريء المتعرج (Corkscrew esophagus) :

وهو تشنج منتشر في المريء يصيب المتقدمين في السن ويترافق بآلام خلف عظم القص – وخارج أوقات البلع. يكشف التصوير الشعاعي حلقات في أسفل المريء تتقلص بشكل غير منتظم، بينما يكون المنظر في التنظير الداخلي طبيعياً. وقد ترافق هذه الحالة إصابة عضوية كالقرحة الهضمية أو حصيات المرارة أو السرطان.

ثامناً: الأجسام الغريبة في المريء :

قد تدخل إلى المريء أجسام غريبة حادة أو واخزة فتعلق في جدار المريء وتعرض المريض لمشكلات خطيرة. حيث يتوضع الجسم الغريب في مناطق تضيّق المريء، وقد يقذف به القياء في بعض الحالات، أما بقاؤه فيؤدي لحالات إنتانية في العنق أو الصدر.



شكل (25) : سحب جسم غريب من المريء بالمنظار

قد لايشعر المصاب بوجود الجسم الغريب، أو قد يشكو من ألم أو حالة اختناق شديد تتطلب معالجة إسعافية عاجلة وقد يظهر صعوبة البلع مع نزف دموي، وإذا طال بقاء الجسم فقد يُحدث خراجاً في العنق أو الصدر.

يتم التشخيص عن طريق تصوير المريء ثم تنظيره.

وتكون المعالجة الوحيدة هي بسحب الجسم الغريب بوساطة المنظار حيث يدخل المنظار وبداخله ملقط ويخرج والجسم الغريب عالق بالملقط يتدلى من نهايته (الشكل 25) مع إعطاء المضادات الحيوية لمنع الإصابة بالجراثيم.

يعتمد تطور المرض على التشخيص السريع وعلى طريقة إخراج الجسم. وإذا بقي يجب التأكد أنه دفع إلى المعدة بفعل الحركات الدودية المريئية وأنه طرح مع البراز.

الفصل السادس

أمراض المعدة والاثنا عشري

1- التهاب المعدة .

2- تضيق البواب .

* تضيق البواب الولادي.

* تضيق البواب المكتسب.

3- القرحة الهضمية.

الفصل السادس

أمراض المعدة والاثنا عشري

أولاً : التهاب المعدة (Gastritis) :

التهاب المعدة (أو الالتهاب المعدي) تعبير يستخدمه الأطباء لوصف حالات عديدة تتظاهر بأعراض متشابهة، ويعني وجود التهاب يصيب الغشاء المخاطي المبطن للمعدة ـ هذا الالتهاب قد يكون خفيفاً أو شديداً، أو قد يكون حاداً (لفترة قصيرة) أو مزمناً (لفترة طويلة).

الأسباب :

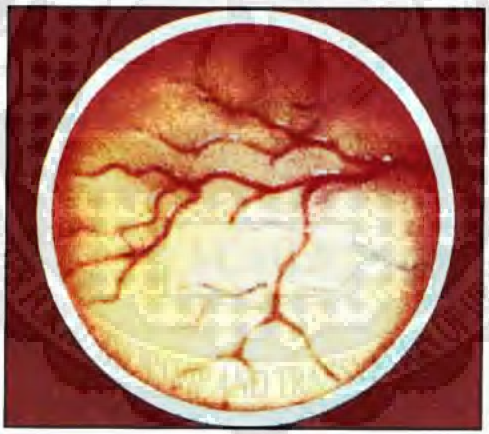
1 - زيادة إفراز الحمض من المعدة.
2 - ارتداد مادة الصفراء إلى المعدة عبر البواب من الاثناعشري.
3 - بعض الأدوية: مثل الأسبرين وأدوية الروماتيزم (والتي تسمى مضادات الالتهاب غير الستيرويدية NSAID's) وبعض المضادات الحيوية.
4 - حالات الشدة والانفعال الشديد والخوف مثل المرضى الموجودين في العناية المركزة بسبب إصابة قلبية أو جراحة أو حادث حيث يزداد إفراز الحمض.
5 - وجود قرحة في المعدة.
6 - الإصابة بالجراثيم أو الفيروسات كما في حالة التسمم الغذائي وبعض الأمراض كالإنفلونزا (نزلة البرد).
7 - تناول المواد الحمضية أو القلوية المخرشة لغشاء المعدة.
8 - حالات التحسس من الشوكولاتة والبندق مثلاً حيث يصاب غشاء المعدة مثلما يصاب الجلد بالتحسس.
9 - بعض الأطعمة (مثل السمك والكمأة والفطر) قد تحدث التهاب المعدة الحاد.
10- الإدمان على الكحول والمشروبات المنكرة.
11- التدخين لأنه يزيد إفراز الحمض.

أهم الأعراض هي حس انزعاج أو ألم في منطقة المعدة (أعلى البطن) تحت عظم القص (وتسمى المنطقة الشرسوفية) يأتي مباشرة بعد الطعام ويخف بالجوع

والابتعاد عن الطعام، وقد يثار هذا الألم بأنواع معينة من الطعام خاصة الطعام الحامض أو التوابل التي تزيده فوراً.

وقد يحدث القياء، وقد تكون المواد المقاءة مخلوطة بالصفراء في حال وجود ارتداد للصفراء إلى المعدة عبر البواب، كما قد يشكو المريض من غثيان وتخمة وعدم الشهية (القهم) والحس بالانتفاخ وتمدد البطن. وقد يحدث نزف من الشرج أو الفم إذا كان السبب هو تناول أدوية، وقد يوجد التهاب في المعدة دون أعراض يشكو منها المريض، ويكتشف الالتهاب عن طريق التنظير (المنظار).

يعتمد تشخيص التهاب المعدة على المنظار بشكل أساسي حيث يوضح لنا درجة الالتهاب في الغشاء المخاطي ووجود تقرحات أو عدم وجودها. فالغشاء إذا ما تعرض للالتهاب يتوذم ويحمر لونه ويتقشر (الشكل 26). وإذا وصل الالتهاب تحت الغشاء تظهر التقرحات في جدار المعدة.



شكل (26) : التهاب المعدة كما يُرى بالمنظار

تعتمد المعالجة على إعطاء مضادات الحموضة مع الراحة النفسية وتنظيم الأكل، ويعتمد علاج الحالات المزمنة على السبب. ويفيد كثيراً إبعاد العوامل المسببة كالأدوية والكحول والتدخين والبهارات والأطعمة السائلة الساخنة جداً، كما يفيد مضغ الطعام جيداً - وقد يكون تناول الحليب ضرورياً لبضعة أيام فقط.

ثانياً : تضيق البواب (Pyloric stenosis) :

1- تضيق البواب عند الأطفال (الولادي) :

قد يشاهد تضيق البواب (تضيق فم المعدة) عند الأطفال المولودين حديثاً، خاصة الذكور (يصاب 4 ذكور مقابل أنثى واحدة)، حيث يلاحظ الأهل حدوث قياءات نافورية (أي أن الطفل يقذف الحليب قذفاً) دون أن يتغير شكله فهو غير مهضوم وغير متخثر، ولا يصاحب ذلك غثيان لأن الطفل يعود للرضاعة ثانية، ونتيجة لذلك يصاب الطفل بالإمساك (لأنه لايوجد حليب يصل للأمعاء) ويصاب بالتجفاف ونقص الوزن. وقد تظهر التموجات على بطنه متجهة من اليسار إلى اليمين، وقد يجس كتلة صغيرة بحجم الزيتونة فوق مكان التضيق. تبدأ الأعراض في الأسبوع الثاني والثالث بعد الولادة وقد تتأخر حتى الأسبوع العاشر.

يعالج بإجراء عملية جراحية بسيطة وذلك إذا فشلت المعالجة الدوائية التي يمكن أن تجرب لمدة أسبوع فقط.

2- تضيق البواب عند الكبار (التضيّق المكتسب) :

يحدث نتيجة حدوث تشنج طويل الأمد في البواب أو نتيجة التحام جرح أو قرحة في الاثناعشري أو استمرار لتضيق البواب الولادي الخفيف الدرجة.

يشكو المريض من حس ثقل في المعدة بعد الطعام وعسر الهضم أو انزعاج في المنطقة تحت القص (الشرسوف) نتيجة تراكم الطعام والغازات بسبب التضيق (الشكل 27) مع قياء وإمساك. وقد يظهر نقص الوزن والتجفاف إذا استمرت الحالة طويلاً.

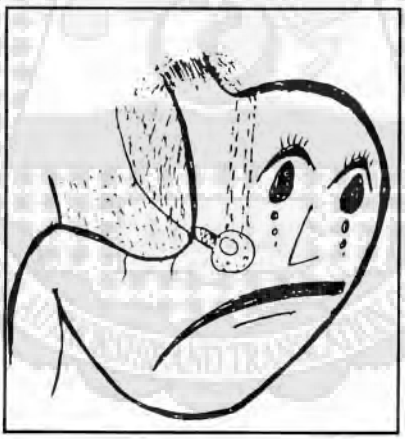
شكل (27) : تراكم الطعام والغازات في المعدة نتيجة لتضيق البواب

يشخص بإجراء صورة بالأشعة الملونة (صورة الباريوم) حيث تكون المعدة متوسعة ويبقى الباريوم فيها أكثر من ست ساعات.
تعالج الحالة بعملية جراحية أيضاً.

ثالثاً : القرحة الهضمية (Peptic ulcer) :

(وتشمل القرحة المعدية والقرحة الاثناعشرية)

ربما جاءت شهرة المعدة من شهرة قرحتها، فالقرحة مرض معروف منذ قديم الزمان، يشاهد بكثرة في جميع البيئات ولدى مختلف الطبقات الاجتماعية. حيث يصاب 5-10٪ من مجموع الناس بقرحة هضمية خلال حياتهم. يستعمل تعبير القرحة الهضمية للإشارة إلى جميع حالات القرحة التي تصيب مخاطية المعدة أو الاثنا عشري أو الأجزاء المتصلة بها (وهي المريء والصائم).



ماهي القرحة الهضمية : تعني القرحة وجود ضياع أو تآكل أو تقرح يصيب الغشاء المخاطي الذي يبطن المعدة من الداخل[1] ويصل إلى طبقة المخاطية العضلية في المعدة أو الاثنا عشري، وبذلك تختلف عن التآكلات السطحية التي لاتمتد إلى الطبقة العضلية، فالقرحة ليست بدمل كما يتخيل البعض، وليست بفوهة

---

(١) يتألف جدار المعدة من ثلاث طبقات : خارجية وتسمى الطبقة العضلية، وداخلية وتسمى الطبقة المخاطية (أو الغشاء المخاطي)، ومتوسطة وتسمى المخاطية العضلية.

كما يخاف البعض، إنما هي «حفرة» تختلف في حجمها، حوافها غير منتظمة غالباً، أو منتظمة نادراً ؛ لكن يمكن للقرحة أن تتحول إلى «ثقب» إذا اشتد تآكلها وامتد إلى الجدار العضلي للمعدة، وقد يمتد الائتكال إلى وعاء دموي في جدار المعدة أو الاثناعشري فتنزف القرحة.

أسباب القرحة :

قد يتساءل أحدنا لماذا لاتهضم المعدة نفسها؛ فهي تهضم كل أنواع اللحم ولا تهضم نفسها رغم أنها قطعة لحم ؟؟

ويكمن الجواب في الأسباب التالية :

1- الطبقة الداخلية للمعدة مكسوة بغشاء مخاطي يفرز مفرزات عديدة وهذه المفرزات المخاطية تحمي جدار المعدة الداخلي من آلية الهضم الطبيعية ومن كافة التخريشات التي قد تتعرض لها المعدة بسبب تناول مواد غذائية مختلفة.
2- هذه المفرزات تحمي المعدة من الإنزيمات الهاضمة والإفراز الحمضي، حيث تعمل كحاجز ميكانيكي.
3- هناك إنزيمات مضادة للإنزيمات الهاضمة داخل خلايا الطبقة المخاطية في جدار المعدة.
4- تحتوي المفرزات على بروتينات تقوم بتعديل أية كمية من الحمض، فيصبح غير فعال إذا دخل إلى خلايا المعدة.
5- هناك تغير وتجدد مستمر للخلايا المبطنة للمعدة مما يسمح باستمرار مقاومة جدار المعدة.
6- المواد التي تفرزها المعدة بما فيها الحمض تكون معزولة داخل فقاعات أو تجاويف صغيرة، ولاتختلط إطلاقاً بالسائل الموجود داخل خلايا المعدة ولاتؤثر فيه.
7- أغشية خلايا المعدة غير نفوذة للإنزيمات الهاضمة كالببسين.

بعبارة أخرى : هناك عوامل تحمي الغشاء المخاطي للمعدة وعوامل تؤذي الغشاء المخاطي للمعدة، وعندما يختل التوازن بين العوامل التي تحمي والعوامل التي تؤذي تحدث القرحة، فالقرحة هي نتيجة هضم جدار المعدة في منطقة حُرِمَت من العوامل الحامية للمعدة.

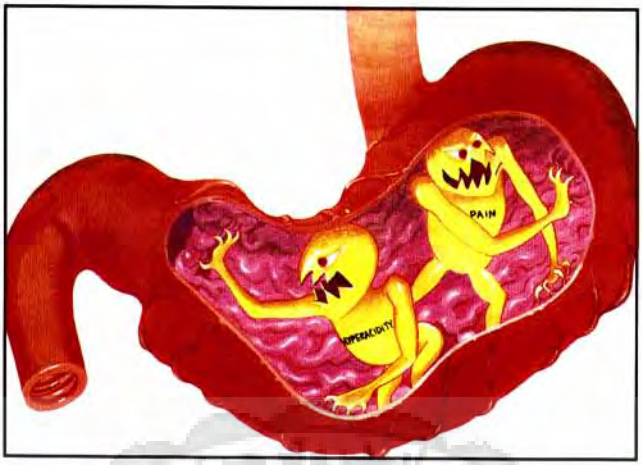
أهم العوامل التي تحمي المعدة :

1- الطبقة المخاطية التي تبطن جدار المعدة من الداخل.
2- جريان الدم في الطبقة المخاطية بشكل مستمر حيث يزيل كل المواد الضارة.
3- تجدد الخلايا بشكل دائم.
4- وجود البيكربونات التي تعدل الحموضة.
5- وجود مركبات البروستاجلاندينات التي تحرض على إفراز المخاط والبيكربونات وتزيد جريان الدم وتسرع تجدد الخلايا.

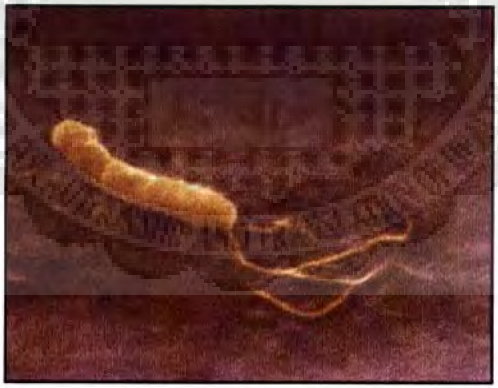
أما العوامل التي تؤذي المعدة فهي :

1- زيادة إفراز الحمض في المعدة.
2- رجوع الصفراء والعصارة التي تفرزها البنكرياس من الاثناعشري إلى المعدة حيث تخرب الغشاء المخاطي وتسبب التهاب المعدة ومن ثم إصابتها بالقرحة.
3- نقص إفراز المخاط من الغشاء المخاطي.
4- نقص إفراز البيكربونات.
5- نقص محتوى البروستاجلاندينات.
6- حالات الانفعال والكَرْب والشدة والجراحة (الألم) حيث تؤدي إلى نقص جريان الدم في المعدة مسببة قرحة تسمى قرحة الشدة (الشكل 28).
7- العوامل الوراثية : حيث هناك أمراض وراثية معينة تترافق بحدوث القرحة كما أن أصحاب الزمرة الدموية "O" أكثر استعداداً من غيرهم - كما تكثر عند الذين يعملون بجد وذوي الضمائر الحية أكثر من غيرهم، وكذلك أصحاب المهن التي تتطلب المسؤولية والطموح الكبير مثل الأطباء والسياسيون والمدراء، أو الذين يعانون من عدم الاستقرار أو من اضطرابات عائلية أو عاطفية شديدة.
8- العوامل خارجية المنشأ :

أ - تدخين السجائر (اللفائف).
ب - بعض الأدوية : خاصة أدوية الروماتيزم (البروفين والأسبرين والأولفين...) وكذلك الأدوية الكورتيزونية والأمفيتامين (المضاد للسمنة) والريزربين (لمعالجة ارتفاع ضغط الدم).
جـ - الجراثيم : حديثاً أثبتت الدراسات وجود جرثوم (ميكروب أو بكتيريا) يعرف باسم الملوية البوابية *(H. pylori)* يساهم في حدوث القرحة - (الشكل 29).



شكل (28) : الألم وزيادة إفراز الحمض أشد العوامل إيذاء لمخاطية المعدة



شكل (29) : جرثوم الملوية البوابية الذي يسبب القرحة

د – تناول الكحول والقهوة بكثرة.

هـ – الرض المتكرر كما في حالة صانع الأحذية أو سائق السيارة الثقيلة حيث يتعرض لضربات متكررة على ناحية البطن مما قد يؤدي لحدوث قرحة.

و – سوء التغذية : حيث حدثت حالات كثيرة بعد الحرب العالمية الثانية بسبب المجاعات التي انتشرت آنذاك.

هذه العوامل تتصارع مع بعضها : فالعوامل الحامية تدافع والعوامل المؤذية تهاجم، والنتيجة حرب لاتهدأ تظهر نتائجها عند تغلب العوامل المؤذية بشكل قرحة، فلا بد أن تجتمع عدة عناصر لدى الإنسان حتى تحدث القرحة؛ فالاضطراب النفسي والاضطراب العصبي والاضطراب الدوراني والاضطراب الغذائي والاضطراب المعدي الإفرازي وضعف مقاومة الغشاء المخاطي والاستعداد الوراثي كلها تتعاون وتساعد في حدوث القرحة.

الأعراض :

تندر القرحة قبل سن العشرين، وتزداد نسبتها بين العشرين والثلاثين وتكثر بين الثلاثين والخمسين لتخف بعد الخمسين وتصبح نادرة بعد الستين.

والقرحة الاثنا عشرية أكثر شيوعاً من القرحة المعدية (بمعدل 4 إلى 1 أو أكثر)، كما أن القرحة الاثنا عشرية أعلى بمرتين عند الرجال من النساء بينما يتساوى الجنسان في القرحة المعدية.

يشكو معظم المرضى من الألم الذي يتوضع أعلى البطن تحت عظم القص في حالة القرحة المعدية، بينما يكون على اليمين قليلاً في القرحة الاثنا عشرية. ويكون الألم ذا طبيعة حارقة أو قارضة أو ضاغطة. يأتي الألم بعد الأكل بنصف ساعة في القرحة المعدية، بينما يأتي على الجوع أو بعد ساعات (2-3 ساعات) من الأكل في القرحة الاثنا عشرية، ويسمى ألم الجوع. ولذلك يزداد وزن المريض في القرحة الاثنا عشرية لأنه يلجأ لتناول الطعام بشكل متكرر خوفاً من ألم الجوع، أما وزن المريض المصاب بقرحة معدية فينقص وزنه لأنه يخاف من الألم بعد الأكل.

يزداد الألم بعد تناول الأطعمة المخرِّشة التي تثير الألم، وقد يأتي الألم على شكل نوبات أو هجمات تستمر من أسبوع إلى أربعة أسابيع، وقد يبدأ فجأة وينتهي فجأة، أو قد يزداد بشكل تدريجي. وحين يزول الألم وتنتهي النوبة يستريح المريض فترة طويلة تتراوح بين بضعة أشهر إلى بضعة سنين، لتعود ثانية إذا ما تعرض المريض لعوامل الانتكاس (رجعة المرض) المعروفة : البرد والحزن والشراهة في الطعام الثقيل. وكثيراً ما تأتي النوبة في مطلع الخريف أو مطلع الربيع ـ وقد يكون ذلك بسبب وجود عنصر تحسسي أو بسبب نوعية الطعام ـ وقد يحدث القياء، وقد

يلجأ المريض إلى تحريض القياء ليريح نفسه من الألم والضيق حيث يشعر بعدها براحة واضحة، كما قد يحدث نزف هضمي من الأعلى أي الفم (قياء دموي) أو من الأسفل أي الشرج (تغوط دموي) دون وجود قصة معروفة للقرحة (أي تكتشف القرحة لأول مرة بسبب حدوث النزف الهضمي) ويعني القياء الدموي حدوث نزف مفاجئ آني، بينما يشير التغوط الدموي إلى نزف قد مضى عليه عدة ساعات على الأقل، أي الوقت اللازم لمرور الدم من المعدة والاثنا عشري إلى الأمعاء الغليظة حيث يختلط بالبراز ويخرج مع التغوط.

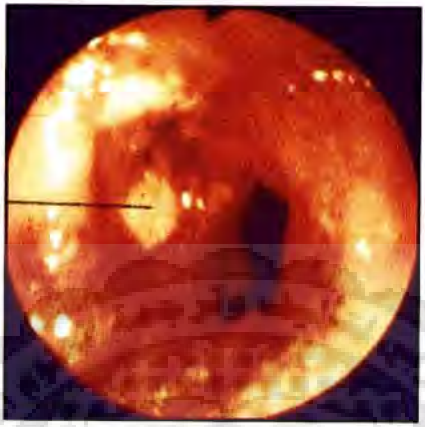
كما قد يصاب المريض بعسر الهضم أو حس لذع أو رجوع (قلس) الحمض خلف القص، ولاعلاقة للإسهال أو الإمساك بالقرحة عادة، ويكون شكل المريض ضعيفاً مصاباً بفقر الدم في حالة القرحة المعدية أكثر منه في مريض القرحة الاثنا عشرية.

التشخيص :

إن رواية المريض لطبيعة ألمه ظروفه ومكانه يوجه نحو إمكانية وجود قرحة أما التشخيص الأكيد فيعتمد على التصوير الشعاعي بالمادة الظليلة (الصبغة) أو التنظير الداخلي (بالمنظار) حيث يكشف التصوير الشعاعي بالمادة الظليلة وجود مكان في المعدة يشبه عش الطائر يتزايد تواجد المادة الظليلة فيه لعدم وجود غشاء مخاطي (الشكل 30).

شكل (30) : القرحة المعدية كما تظهر بالتصوير الشعاعي الظليل (السهم)

أما التنظير الداخلي فيمكّن الطبيب من رؤية القرحة مباشرة ومعرفة حجمها ومكانها وشدتها (الشكل 31).



شكل (31) : القرحة الاثنا عشرية كما تظهر بالمنظار

المضاعفات :

يقصد بالمضاعفات المشكلات التي تحدث نتيجة القرحة والتي أهمها:

1- *الالتهاب:* (انظر سابقاً).

2- *النزف:* قد يحدث النزف فجأة بعد صدمة عصبية أو نفسية بعد هزة اجتماعية، وقد يحدث بعد تناول وجبة من الطعام الثقيل المخرش، أو تناول بعض الأدوية المخرشة خطأ وخاصة الأدوية المضادة للروماتيزم. وقد يحدث النزف فجأة دون سبب أو حتى دون وجود قرحة سابقة معروفة (انظر سابقاً) وقد يكون النزف شديداً جداً وصاعقاً أو متوسطاً أو خفيفاً لايشعر به المريض. وغالباً ما يحدث النزف مع تبدل الفصول أي مدخل الشتاء ومطلع الربيع، ويكون النزف أشد خطورة لدى المسنين بسبب إصابة الشرايين لديهم بالتصلب.

3- *انثقاب القرحة*وانسكاب محتويات المعدة أو الاثنا عشري في البطن وتؤدي إلى اضطرابات خطيرة.

4- *الانسداد:* حيث ينسد مخرج المعدة (البواب) نتيجة التورم أو التليف أو التشنج

مما يؤدي إلى تأخر إفراغ المعدة والإصابة بالغثيان والقياء وامتلاء البطن وتطبل البطن والشبع الباكر وفقد الشهية والخوف من الطعام.

5- ***تحول القرحة المعدية*** في 5 ٪ من الحالات إلى سرطان المعدة، أما القرحة الاثناعشرية فلا تتحول أبداً إلى سرطان.

المعالجة :

تسعى المعالجة لتحقيق ثلاثة **أهداف** رئيسية هي:

1- التخلص من الأعراض التي يشكو منها المريض.
2- الشفاء التام للقرحة.
3- منع عودة القرحة (النكس) ومنع المضاعفات.

كما تعتمد المعالجة على ثلاثة **مبادئ** أساسية:

1- نظام الحمية وبعض التعليمات الخاصة لمرضى القرحة.
2- المعالجة الدوائية.
3- المعالجة الجراحية.

أولاً : تعليمات خاصة لمريض القرحة :

تكمن أهم الصعوبات التي يواجهها الطبيب خلال معالجة القرحة في عدم انسجام شدة الأعراض السريرية مع شدة القرحة، فإزالة الأعراض التي يشكو منها المريض لا تعني بالضرورة شفاء القرحة وبالتالي التوقف عن المعالجة، وهذا ما يجب على المريض أن يتفهمه جيداً.

1- قواعد صحية عامة:

يجب على المريض أن يمضغ الطعام جيداً وببطء ليساعد على زيادة الإفراز القلوي الذي يعدل الإفراز الحامضي، فطريقة الأكل أهم بكثير من نوعية الطعام الذي نأكله، ويفضل الاستلقاء والراحة مدة ساعة بعد تناول الغداء (أو الوجبة الرئيسية في اليوم) وخمسة عشر دقيقة بعد الوجبات الأخرى، كما يستحسن الابتعاد عن الأعمال المجهدة والسهر الطويل وتأمين ساعات نوم كافية لما لها من أثر إيجابي على سير المعالجة. ويجب اللجوء للراحة التامة في حالة الألم الشديد

(الهجمة) حيث يحتاج المريض في الهجمة الحادة إلى فترة أسبوعين حتى ثلاثة أسابيع من الراحة التامة والابتعاد عن القلق، مع ضرورة تأمين ظروف نفسية ومحيطية مناسبة مثل الابتعاد عن الانفعال الشديد وتجنب الصدمات الحادة المفاجئة وتجنب البرد الشديد والكحول وتجنب الأدوية والتدخين وكل العوامل التي يعرف أنها تساعد على حدوث القرحة أو تزيدها سوءاً.

2- التدخين والكحول :

تنبه مادة النيكوتين الموجودة في التبغ العصَبَ الذي يعصب المعدة فيزداد الإفراز الحمضي، كما ينقص تشكيل العوامل التي تحمي الغشاء المخاطي للمعدة (البروستاجلاندينات)، وكلما أكثر المريض من التدخين كلما زادت حموضة المعدة واشتدت أعراض القرحة. وتزداد الحموضة أكثر إذا كانت المعدة فارغة، ولذا يفضل الامتناع التام عن التدخين – أو التدخين بعد الطعام فقط لمن لايستطيع الامتناع عن التدخين – وعدم التدخين إذا كانت المعدة فارغة أو قبل ساعتين من الطعام، فالتدخين بعد الطعام مباشرة أقل إضراراً لأن إثارة الإفراز الحمضي بالتدخين يعدل بوجود الطعام. أما الكحول فقد بينت الدراسات أنه يسيء للقرحة ويؤدي إلى النزف بشكل خاص حيث يخرب الغشاء للمعدة ولذلك يجب الامتناع عنه (شرعاً وطباً).

3- الحمية :

كانت الحمية – وخاصة الحليب – هي المعالجة الرئيسية للقرحة، لكن تبين حالياً أنه لاتوجد حمية خاصة مثبتة الفائدة – مع بعض الاستثناءات – وتبين أن الطعام – وخاصة الحليب – يزيد الإفراز الحمضي لذلك يجب تناول وجبات خفيفة ومتعددة وبمعدل 5-6 وجبات وبفوارق متساوية، بغية عدم ترك المعدة فارغة حتى أثناء ساعات الليل، حيث يسمح بقاء الطعام في المعدة باستهلاك الحمض المتكون باستمرار، ويجب أن نسمح للمريض بأكل ما يستسيغه ويمنع من أي طعام يزعجه، فمن حقه أن يتمتع بلذائذ الحياة لتأمين راحة نفسية وعصبية تساعده على الشفاء، ولكن يفضل أن يبتعد عن الأطعمة الحامضة والمنبهة والبهارات والمخللات والبرغل والطعام الذي يطبخ بالدهن والشحم، ولايمنع من الزبدة لأنها تفيد في إبطاء حركة الهضم وتبقي الطعام مدة طويلة مما يعدل الإفراز الحمضي. ويجب الاعتماد على الحليب فقط في بعض الحالات الخاصة مثل وجود نزف أو أعراض التهابية مرافقة في المعدة والاثنا عشري

حيث يعطى الحليب فقط مدة 4-5 أيام بكمية لاتقل عن لترين ولاتزيد عن أربعة، ويفضل تناوله بارداً دون سكر، وعلى جرعات متتالية كل ساعة أو ساعتين خلال النهار.

ومن المهم التأكيد على ضرورة الحد من تناول القهوة والشاي ومشروبات الكولا والمشروبات التي تحتوي على الكافئين.

ثانياً : المعالجة الدوائية :

هناك الكثير من الأدوية التي تعالج القرحة بمختلف أشكالها وتوضعاتها - ولكل دواء صفات ومميزات تجعله مفضلاً على غيره في حالة معينة - ولذلك يجب دائماً استشارة الطبيب. ولن ندخل هنا في التفاصيل إنما نكتفي بذكر أهم الأدوية (أو المجموعات الدوائية) من باب العلم بالشيء، فهناك الأدوية التي تعدل الإفراز الحمضي حيث تعدل حموضة المعدة بسرعة، وتترك المعدة بسرعة أيضاً ولذلك تعطى بجرعات متكررة، وهناك الأدوية التي تمنع إفراز الحمض وهي كثيرة ومنها السميتيدين والرانتيدين والفاموتيدين والنيزاتيدين والأوميبرازول (وهو أحدثها) والبروستاجلاندينات وهناك أدوية أخرى مثل السلفات والبزموت والكربينوكسولون (المشتق من جذور العرقسوس).

ثالثاً : المعالجة الجراحية :

قد يلجأ الطبيب للجراحة إذا فشلت كل المعالجات الطبية، وهذا يحدث في 14٪ من الحالات تقريباً وتشمل ما يلي :

1- اشتداد النوبات القرحية وعدم تراجعها بالمعالجة الدوائية.
2- تكرار النوبات وتقاربها بحيث لايتخللها إلا فواصل قصيرة جداً لايشعر المريض خلالها براحة تامة.
3- سن المريض فوق 30 سنة ووزنه مناسب للعمل الجراحي.
4- الشك بأن القرحة خبيثة مع عدم شفائها بالأدوية.
5- حدوث نزف متكرر أو انثقاب القرحة المفاجئ.
6- حدوث مضاعفات تحتاج للجراحة مثل حدوث تضيق أو انسداد يحتاج لإزالته جراحياً.

والعمليات الجراحية على القرحة متعددة ومتنوعة، حيث يختار الطبيب الجراح النوع المناسب لكل مريض.

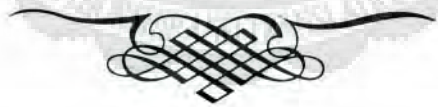
الوقاية من رجوع القرحة بعد شفائها :

يمكن الوقاية من رجوع (عودة – نكس) القرحة بتأمين الظروف التالية :

1- يُشرح للمريض نوع قرحته ومبادئ المعالجة والحمية (انظر ما سبق).
2- تأمين راحة فكرية خلال العطل السنوية.
3- تأمين عمل يخلو من الإجهاد الفكري والجسمي.
4- الابتعاد عن الصدمات العاطفية وتعقيدات الحياة قدر الإمكان.
5- النوم المنتظم 8 ساعات يومياً على الأقل.
6- الابتعاد عن المنبهات والمخرشات والتدخين والكحول.
7- معالجة الأمراض الأخرى بسرعة.

ملاحظات حول رجوع القرحة :

* ترجع القرحة مرة كل سنتين عادة.
* يزداد الرجوع في مطلع الخريف عادة.
* القرحات الاثناعشرية قابلة للرجوع أكثر من القرحات المعدية.
* يؤثر العمل الليلي والتنقلات المهنية في رجوع القرحة.
* يزداد رجوع القرحة في السنين الأولى ويتباعد في السنين الأخيرة.
* معالجة القرحة بالنوم مفيد في شفاء النوبة، لكنه لايشفي من القرحة ذاتها.



الفصل السابع

أمراض الأمعاء الدقيقة

أولاً : التهابات الأمعاء الدقيقة :

* التهاب الأمعاء الدقيقة الحاد .
* التهاب الأمعاء الدقيقة المنطقي .
* تدرن الأمعاء الدقيقة .

ثانياً : رتوج الأمعاء الدقيقة :

* الرتوج الاثناعشرية .
* الرتج الصائمية .
* رتج «ميكل» .

ثالثاً : حالات سوء الامتصاص :

* الداء الزلاقي البطني .

الفصل السابع

أمراض الأمعاء الدقيقة

أولاً : التهابات الأمعاء الدقيقة :

1- التهاب الأمعاء الدقيقة الحاد (Acute enteritis) :

ويرافقه التهاب في المعدة، لذلك يسمى التهاب المعدة والأمعاء الحاد (الالتهاب المعدي المعوي الحاد Acute gastroenteritis)، كما يعرف باسم التسمم الغذائي أو التخمة الغذائية الحادة.

الأسباب : عديدة ومتنوعة :

* الكوليرا (Cholera) وهو أهم وأعنف الالتهابات.
* جرثوم السلمونيلة والشيجلة (المسبب للزحار العصوي).
* الڤيروسات.
* سموم بعض الجراثيم الموجودة في الأطعمة غير المعقمة والتي تترك مدة طويلة قبل استهلاكها (مثل القشدة واللحوم).
* التحسس من مواد معينة كالفطور (الفطريات) عند بعض الأشخاص.

الأعراض :

يتظاهر المرض بإسهال حاد مع إقياءات متكررة وألم بطني وإعياء وتعب.

المعالجة :

تكون بمعالجة السبب، وإعطاء المضادات الحيوية عند وجود سبب جرثومي، مع إعطاء مضادات الإسهال والمقويات العامة والڤيتامينات.

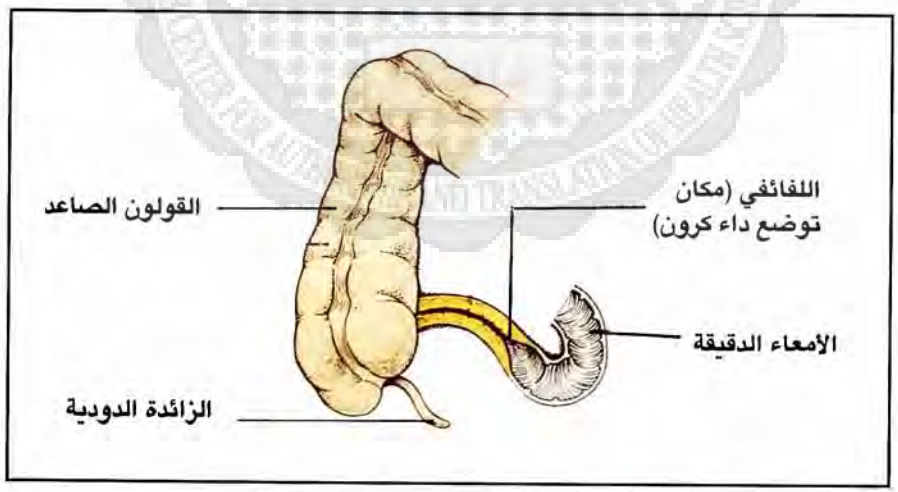
2- التهاب الأمعاء المنطقي (الناحي) (Regional enteritis) :

ويسمى أيضا مرض كرون (Crohn's disease) نسبة للعالم «كرون» الذي وصفه أول مرة، وهو مرض نادر يصادَف لدى الجنسين، خاصة في العقد الثالث من العمر، وله طابع وراثي أحياناً، فقد تلاحظ عدة إصابات في نفس العائلة، أو وجود أمراض أخرى لدى أقرباء المريض، حيث وجد أن للمرض آلية مناعية لم تكتشف بعد.

تختلف نسبة حدوث هذا المرض في مختلف بقاع العالم، إلا أن اليهود أكثر تعرضاً للإصابة به، كما تكثر الإصابة به في أوروبا وتندر في اليابان وأفريقيا.

أماكن الإصابة :

يمكن للمرض أن يصيب أي جزء من القناة الهضمية من الفم إلى الشرج – لكن أكثر الأماكن إصابة هي اللفائفي [Ileum] (عند الوصل اللفائفي الأعوري) أي اتصال الأمعاء الغليظة بالدقيقة (الشكل 32) والقولون الصاعد غالباً، حيث تصاب قطعة أو مجموعة من القطع في القناة الهضمية، وهذه الإصابة القطعية مميزة للمرض.



شكل (32) : أماكن الإصابة بمرض «كرون»

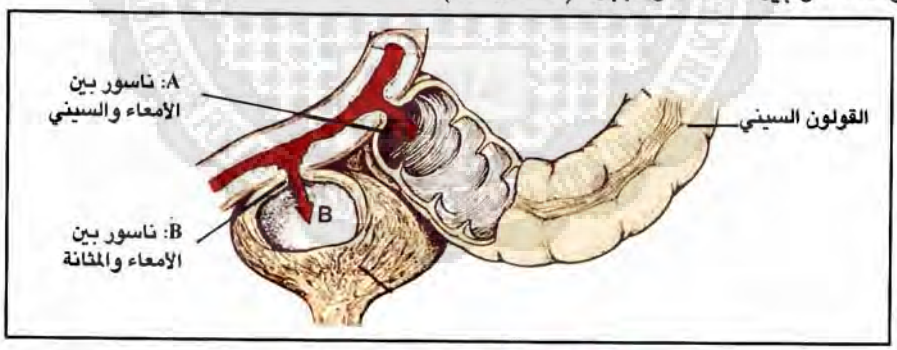
الأعراض :

تختلف الأعراض كثيراً حسب انتشار المرض ومكان الإصابة، لكن يغلب حدوث غثيان وقياء وألم في أعلى البطن وإسهال متكرر ومغص بطني، وزحير (تعنية) ونقص الشهية ونقص الوزن والتعب والإعياء. وقد يبدو المرض بأعراض انسداد الأمعاء (إمساك، غثيان، قياء، ألم بطني، انتفاخ البطن) أو أي حالة بطن جراحية (تشبه أعراض التهاب الزائدة الدودية).

المضاعفات :

قد تحدث مشكلات (مضاعفات) عديدة بسبب المرض مثل النزف، وفقر الدم وسوء الامتصاص، ونقص النمو عند الأطفال، وانقطاع الطمث عند الإناث، والسرطان والتهاب قزحية العين، وتشكل حصيات، أو حدوث انسداد في الأمعاء أو نزف منها.

وأكثر المضاعفات هي تشكل النواسير [Fistulas] (الناسور هو اتصال غير طبيعي بين عضوين)، كالناسور الذي يصل بين الأمعاء والشرج أو بين الأمعاء والمثانة أو بين الأمعاء والمهبل. (الشكل 33).



شكل (33) : مضاعفات مرض «كرون»

التشخيص :

يعتمد التشخيص على الأعراض السريرية، وعلى إجراء التنظير الداخلي مع أخذ الخزعة، وعلى التصوير الشعاعي، وعلى فحص البطن بالأمواج فائقة الصوت، حيث يكتشف الطبيب في كل فحص علامات مميزة تساعده على التشخيص.

تطور المرض :

قد تشفى نسبة قليلة من الحالات بشكل تلقائي، وقد تترقى الإصابة نحو التطور المزمن وحدوث المضاعفات. قد تطول مدة التحسن في بعض الحالات لدرجة توحي بالشفاء، إلا أن القاعدة المعروفة هي تناقص مدة فترات التحسن لدرجة يصبح معها المرض مستمراً، حيث يحتاج 50٪ من المرضى لإجراء تداخل جراحي بسبب المضاعفات (انظر المعالجة) ويحتاج 50٪ من هؤلاء لعمل جراحي آخر و 50٪ منهم يحتاج لعمل جراحي ثالث.

المعالجة :

لا يوجد علاج نوعي شاف لمرض «كرون»، إنما يجب تطبيق الإجراءات التالية:

* حمية خفيفة مغذية ومشهية مع استبعاد المأكولات المنبهة وذات الألياف والفضلات الكبيرة.
* المضغ الجيد للُقمات صغيرة.
* إعطاء الڤيتامينات والمعادن (الكالسيوم والحديد...).
* نقل الدم عند اللزوم.
* إعطاء المضادات الحيوية القوية عند وجود جراثيم.
* إعطاء بعض الأدوية المساعدة كالسالازوبيرين والميترونيدازول والكورتيزون والأدوية المثبطة للمناعة.
* الجراحة : لاتشفي الجراحة داء كرون، لكن قد نلجأ لها لمعالجة المضاعفات كحدوث انسداد الأمعاء أو النواسير أو النزف أو السرطان.

المستقبلية :

أدى التقدم الكبير في المعالجة إلى تراجع نسبة الوفيات بسبب مرض «كرون».

إن وجود طبيب متفائل يعمل بالتفاهم مع المريض وعائلته والهيئة التمريضية والاختصاصي الاجتماعي واختصاصي التغذية سيساهم دون شك في الحد من معاناة المريض وقلقه من هذا المرض.

3- تدرن الأمعاء الدقيقة :

قد تصاب الأمعاء بالتدرن (السل) نتيجة دخول الجراثيم المسببة للتدرن عن طريق الجهاز الهضمي، حيث تتوضع الإصابة غالباً مكان اتصال اللفائفي بالأعور.

يشكو المريض من آلام بطنية عامة واضطرابات حركة الأمعاء (إسهال أو تناوب الإمساك والإسهال) مع ارتفاع درجة الحرارة وضعف الحالة العامة.

يتم التشخيص من الفحص حيث قد يكتشف الطبيب كتلة في البطن،وإضافة للفحص يجرى التصوير الشعاعي و التصوير بالباريوم.

تتم المعالجة بإعطاء الأدوية المضادة للتدرن، وقد نحتاج للجراحة.

ثانياً : رتوج الأمعاء الدقيقة (Intestinal Diverticula) :

تقسم إلى ثلاثة أنواع حسب توضعها التشريحي :

1- الرتوج الاثناعشرية (Doudenal) :

قد تكون وحيدة أو متعددة، وهي شائعة. قد لاتسبب أي أعراض ولكنها قد تصبح كبيرة الحجم، وقد تؤدي إلى نزف هضمي، وقد يلتهب الرتج، وقد تسبب اليرقان بضغطها على القناة الجامعة.

2- الرتوج الصائمية (Jejunal) :

تشبه الرتوج الاثنا عشرية، وتشخص صدفة أثناء تصوير شعاعي أو عملية جراحية أو تشريح الجثة. أو قد تترافق باضطراب الحركات المعوية (التمعجات) فتؤدي إلى آلام بطنية وقياء وقرقرة وإسهالات. أو قد تؤدي إلى نزف أو انثقاب في الأمعاء، وقد تُحدث سوء الامتصاص بسبب الركودة وتراكم الجراثيم فيها حيث يضطرب امتصاص الدهون والبروتينات والڤيتامينات.

3- رتج ميكل (Meckel) :

وهو عبارة عن شذوذ يحدث في الحياة الجنينية. تقدر نسبته بنحو 1-2٪، يتوضع على بعد 40-45 سم من الوصل اللفائفي الأعوري، وقد يبطنه غشاء

مخاطي معدي يؤدي لحدوث التقرح والنزف وفقر الدم المزمن، وقد يصاب الرتج بالالتهاب فيشبه حالة التهاب الزائدة الدودية.

تعالج الرتوج بالجراحة إذا سببت مشكلات أو مضاعفات، وإلا فتترك وشأنها.

ثالثاً : حالات سوء الامتصاص (Malabsorptions) :

يعني سوء الامتصاص وجود اضطراب في امتصاص المواد الغذائية (كلها أو بعضها) وبدرجات مختلفة،مما يؤدي إلى انطراح (إخراج) هذه المواد بكميات غير طبيعية في البراز، فيظهر ما يدل على نقصها في الجسم، حيث لكل مادة غذائية مكان في الأمعاء تمتص منه، ولكل مادة غذائية أعراض وعلامات تظهر إذا نقصت هذه المادة في الجسم.

آلية الامتصاص في الجهاز الهضمي :

تتم عملية الهضم بشكل خاص في الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة ويشارك في ذلك :

1- العصارات المفرزة في الاثناعشري من البنكرياس عن طريق القناة البنكرياسية.
2- العصارة المفرزة من الكبد (الصفراء) والتي تصب في الاثناعشري عن طريق القناة الصفراوية الجامعة.
3- العصارة المعوية ذاتها والتي تفرزها خلايا مخاطية الأمعاء.

أما عملية الامتصاص فتتم على طول الجهاز الهضمي، حيث يوجد تفضيل لامتصاص أنواع معينة من نواتج الهضم في أماكن معينة : المعدة، الصائم، اللفائفي، حتى القولون يحدث فيه امتصاص للماء وبعض المواد الأخرى.

تعتمد عملية الامتصاص على :

1- إتمام عملية الهضم للموادالغذائية المختلفة – والتي تعتمد على سلامة وظيفة البنكرياس والكبد والوظيفة الإفرازية للأمعاء.
2- سلامة السطح المسؤول عن الامتصاص: مساحة السطح وشكله وعدم وجود أمراض فيه أو تؤثر عليه.
3- سلامة حركية الأمعاء،ووجود وسائل تنقل المواد الممتصة.

أماكن امتصاص المواد الغذائية الهامة :

الشحوم	الأمعاء الدقيقة القريبة (الصائم)
البروتين	الأمعاء الدقيقة الوسطى
السكريات	الأمعاء الدقيقة القريبة والوسطى
الحديد ـ الكالسيوم	الأمعاء الدقيقة القريبة
حمض الفوليك	الأمعاء القريبة والوسطى
الڤيتامين "B_{12}"	الأمعاء الدقيقة البعيدة (اللفائفي)
أملاح الصفراء	الأمعاء الدقيقة البعيدة (اللفائفي)
الماء والشوارد	القولون

نتائج سوء امتصاص المواد الغذائية الهامة :

الأعراض والعلامات	العنصر غير الممتص
براز شاحب دهني كبير الكمية	الشحوم
انتفاخ البطن مع براز متخمر له زَبَد	السكريات
نقص النمو عند الأطفال، تورم، ضمور العضلات	البروتينات
حدوث فقر الدم	الحديد، ڤيتامين "B_{12}"، حمض الفوليك
تقرح الفم، اعتلال الأعصاب	مجموعة الڤيتامين "B"
كسور ـ تكزز	الكالسيوم
حدوث النزف	الڤيتامين "K"
إسهال مثل الماء	الأحماض الصفراوية
تبول ليلي	الماء

أسباب سوء الامتصاص :

غالباً ما يوجد أكثر من سبب أو آلية في نفس الحالة المرضية المسببة لسوء الامتصاص. لكن يمكن تقسيم الأسباب لمجموعتين كبيرتين.

أولاً : سوء الامتصاص الناجم عن مرض في الأمعاء الدقيقة :

ويحدث لاضطراب الامتصاص أو اضطراب الإفراز أو اضطراب الحركة وأهم الأسباب :

1- **إصابة سطح الامتصاص بالأمراض** : كإصابته بمرض «كرون» والتدرن والتهابات الأمعاء والداء النشواني.

2- **تخرب سطح الامتصاص** : كما يحدث في المرض المسمى الداء البطني (الجوفي - الزلاقي Celiac) وفيه تصاب الزغابات المعوية نتيجة تحسسها من مادة الدبق (الجلوتين) - (انظر لاحقاً).

3- **العمليات الجراحية المجراة على القناة الهضمية** : حيث يؤدي إلى نقص السطح اللازم لامتصاص المواد الغذائية مثل استئصال جزء من المعدة أو الأمعاء.

4- **تغير نوعية الجراثيم الموجودة في الأمعاء** : بشكل طبيعي، وزيادتها بشكل غير طبيعي كما يحدث في حالة النواسير والرتوج المعوية أو بعد العمليات الجراحية أو حدوث تضيق معوي، فوجود الجراثيم غير الطبيعية يؤدي لتحلل الأملاح الصفراوية فيحدث الإسهال الدهني (الشكل 34).

5- **وجود الطفيليات** كالديدان والجياردية خاصة عند الأطفال.

6- **تعطيل آلية الامتصاص** كالذي يحدث مع بعض الأدوية حيث تؤثر على الإنزيمات والزغابات المعوية.

شكل (34) : النمو الجرثومي غير الطبيعي المسبب لسوء الامتصاص

ثانياً: سوء الامتصاص الناجم عن عدم كفاية الإنزيمات الهاضمة :

حيث يحدث اضطراب في عملية الهضم نتيجة عدم وصول إنزيمات الهضم بشكل مناسب (أو عدم تصنيعها أصلاً) وأهم الأسباب :

1- **نقص مادة الصفراء وما تحويه من إنزيمات** : كالذي يحدث نتيجة وجود يرقان انسدادي أو تشمع (تليف) الكبد، فبغياب الصفراء لاتُمتص الشحوم لعدم حدوث استحلاب لها مما يسبب إسهالات دهنية مترافقة بنقص الڤيتامينات التي تذوب بالدهون.

2- **نقص عصارة البنكرياس** : كالذي يحدث في التهاب البنكرياس المزمن الكيسي والسرطان والداء السكري. ففي الداء السكري ينقص الإنسولين فلايمتص السكر من الدم.

الأعراض :

قد تكون الأعراض عامة نتيجة سوء امتصاص كل المواد الغذائية ـ وقد تكون الأعراض خاصة نتيجة سوء امتصاص مادة غذائية معينة.

يؤدي سوء الامتصاص إلى ضعف الجسم، فلنتصور ماذا يحصل للجسم إذا أكل الإنسان طعامه ولم يستفد منه. هل تصبح الأمعاء ممراً لافائدة منه في عملية الامتصاص؟ لكن لحسن الحظ لاتأتي المصائب دفعة واحدة.

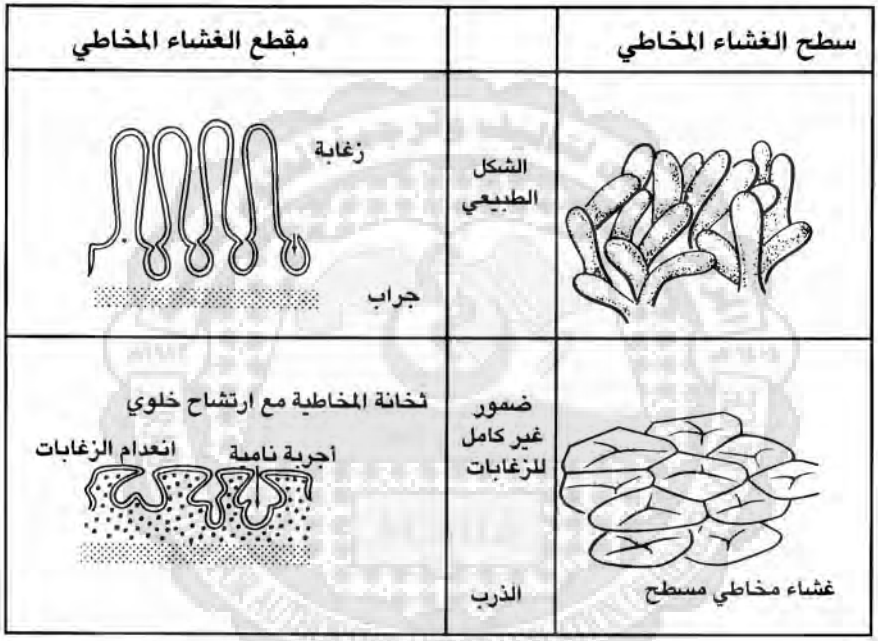
تشمل الأعراض العامة : الإسهال الدهني (حيث تكون كمية البراز كبيرة ورائحته كريهة ودهني القوام) مع سوء التغذية (نقص الوزن، فقر الدم بالرغم من الشهية الجيدة) وانتفاخ البطن. أما الأعراض الخاصة فقد ذكرت سابقاً.

التشخيص :

يعتمد على بعض الاختبارات الخاصة بسوء الامتصاص (انظر الفصل الثالث).

وتعتمد المعالجة على معالجة السبب الأساسي الذي أدى لسوء الامتصاص وتعويض المواد الغذائية الناقصة.

الداء الزلاقي (البطني) (Celiac disease) = الذرب اللاإستوائي (Non tropical sprue) : وهو أهم سبب لسوء الامتصاص. يشاهد لدى الأطفال واليافعين، سببه تحسس من جزيئات الجلوتين (Glutin) – (جزيء الجليادين بالتحديد) وهو مادة بروتينية موجودة في القمح – حيث يحدث ضمور شامل أو جزئي في الزغابات المعوية للغشاء المخاطي (الشكل 35).

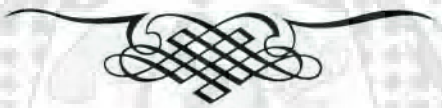


شكل (35) : ضمور الزغابات المعوية في الذرب (Sprue)

يصيب القسم الأول من الأمعاء، وتظهر الأعراض لدى الأطفال منذ بدء استعمال دقيق القمح (الحبوب أو السيريال) في طعامهم، حيث يصاب الطفل بإسهال دهني ونقص الشهية للطعام وكبر حجم البطن ونقص الوزن – مما يؤدي إلى مظهر متناقض – بطن منتفخ وأطراف نحيلة. وقد تظهر الإصابة في الكبار بعد إصابة معوية.

يعتمد التشخيص على إجراء اختبارات الامتصاص الخاصة بالقسم العلوي من الأمعاء الدقيقة مع أخذ خزعة من مخاطية الصائم (وهي أساسية لإثبات التشخيص).

ترتكز المعالجة بشكل رئيسي على الحمية الخالية من الدبق بمنع جميع الأغذية المصنوعة من القمح كالخبز والبرغل والمعجنات والحلويات والبسكويت والمعكرونة والاستعاضة عنها بنشويات أخرى كالبطاطا والأرز حيث يتحسن وضع الطفل خلال أيام. وقد نستمر بالحمية فترة طويلة قد تصل مدى الحياة أو على الأقل حتى يكتمل نمو الجسم.



الفصل الثامن

أمراض الأمعاء الغليظة (القولون)

1- تشنج القولون .

2- التهابات الأمعاء الغليظة :

* التهاب القولون الأميبي .
* التهاب القولون العصوي .
* التهاب القولون التقرحي

3- ضخامة القولون :

* ضخامة القولون الوراثية .
* ضخامة القولون المكتسبة .

4- تطاول القولون .

5- القولون الكسول .

6- رتوج القولون .

الفصل الثامن

أمراض الأمعاء الغليظة

أولاً : تشنج القولون (Spastic colon) :

ويسمى أيضاً: القولون المتهيج (Irritable colon) – التهاب القولون التشنجي (Spastic colitis) وهو أشيع اضطراب هضمي يشاهده الطبيب، ويشير إلى اضطراب وظيفي مزمن في الأمعاء الغليظة (القولون). يرتبط حدوثه وسيره بمجموعة من العوامل النفسية (التوتر العصبي، الكآبة، الحزن..) والمعيشية (اضطراب الحياة اليومية، الإجهاد الجسمي، قلة النوم، السفر الطويل..) والغذائية (عادات الطعام السيئة، التدخين، الكحول، المنبهات، البصل والجوز..) والموضعية (المأكولات المخرشة للجهاز الهضمي، المسهلات، الالتهابات المعوية).

إن اجتماع بعض هذه العوامل، أو جميعها، يؤدي إلى حدوث تقلصات في جزء من الأمعاء الغليظة أو في جميعها، بل قد تشترك الأمعاء الدقيقة أيضاً، فتسمى الحالة متلازمة الأمعاء المتهيجة (Irritable Bowel Syndrome).

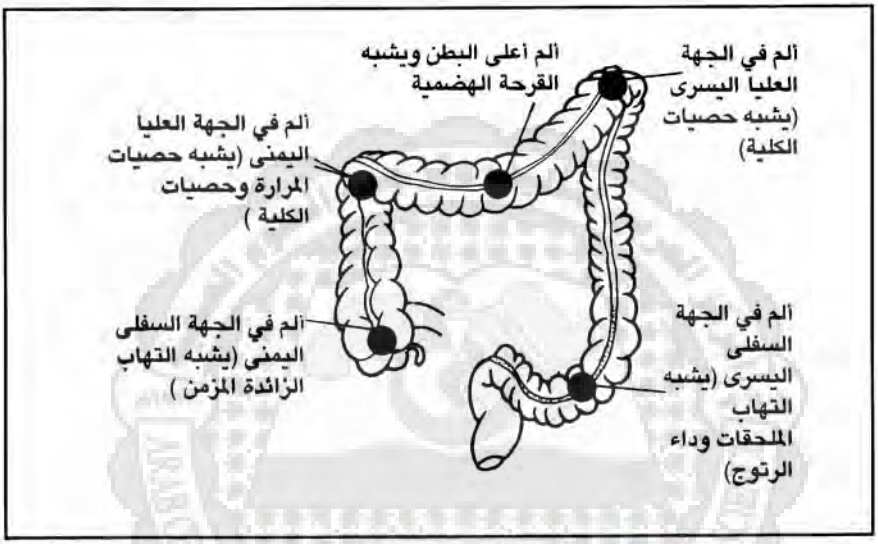
الأعراض:

غالباً ما ترتبط بداية المرض بحدوث اضطراب نفسي انفعالي، أو بإصابة مرضية معوية أو خارج الأمعاء حرضت اضطراباً كامناً. وتكون هذه البداية مفاجئة أو تدريجية. وتختلف الأعراض من مريض إلى آخر، كما قد تختلف لدى المريض نفسه، إلا أن أهم الشكايات المسيطرة هي:

اضطراب نظام التغوط (التبرز) فيتناوب الإمساك مع الإسهال، آلام البطن دون انتظام أو دورية أو توضع محدد (أحياناً على مسير القولون النازل) مع شعور بالامتلاء وعسر الهضم. وقد تشتد الآلام بعد تناول الطعام. كما يعاني المريض من انتفاخ غازي مع شعور بعدم الراحة بعد خروج الغازات عن طريق الشرج. ويضطرب وقد يظهر المخاط مع البراز حين حدوث تخريش أشد في الأمعاء فتسمى الحالة التهاب القولون المخاطي. وقد يصاب المريض بغثيان وتجشؤ وألم في أسفل الظهر. ويلاحظ تحسن الأعراض في الليل.

التشخيص :

يشخص بنفي بقية الأمراض الهضمية التي تشبه شكاياتها ما يحدث في تشنج القولون، حيث يمكن لتشنج القولون أن يلتبس مع عدد من الأمراض بسبب تنوع الأعراض فيه وتعدد أماكن الإصابة (الشكل 36) وقد يكون ضرورياً إجراء التصوير الظليل أو تنظير المستقيم وفحص البراز وزرعه للتأكد من التشخيص.



شكل (36) : تفريق تشنج القولون عن بقية الأمراض

المعالجة :

1- تعتمد المعالجة على تطمين المريض أنه غير مصاب بمرض عضوي، وقد نضطر أحياناً لإجراء فحوص سريرية ومخبرية وشعاعية عامة لإقناعه بسلامته، ويستحسن أن نوضح للمريض أن مرضه وشكواه مرتبط بالأمور الاجتماعية التي تحيط به وبالعوامل الشخصية التي يتأثر بها، وقد يتطلب الأمر استشارة طبيب نفساني.

2- تنظيم الطعام والابتعاد عن المأكولات المثيرة كالملوخية والبهارات والبصل والملفوف (الكرنب) والجوز والعنب والزبيب والعسل والقهوة، والأطعمة التي تخلف وراءها فضلات، والكحول والمشروبات الغازية وخاصة أثناء الطعام، وينصح المرضى بتناول الطعام المسلوق بكميات قليلة.

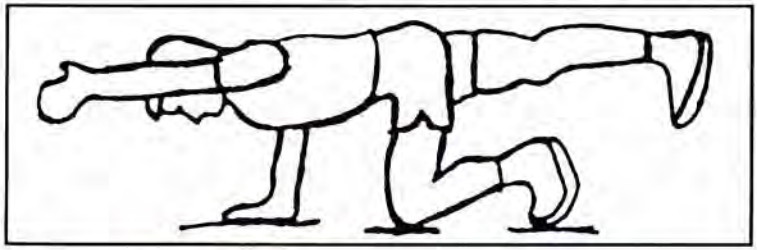
3- العمل على تغيير بعض شروط الحياة للتخفيف من حالة التوتر العصبي الدائم والمساعدة على تأمين راحة جسمية والاستفادة من أيام العطل والإجازات.
4- تعويد المريض على التغوط (التبرز) في ساعة معينة صباح كل يوم، والامتناع عن استعمال المسهلات والحقن الشرجية.
5- استعمال بعض المهدئات العصبية إذا كان ذلك ضرورياً ومناسباً.
6- في حالة التشنج الشديد : تطبق حرارة على البطن بشكل كيس ماء ساخن وقد يعطى بعض مضادات التشنج.

تطور المرض :

تراجع الشكوى الوظيفية ممكن في كثير من الحالات إذا اقتنع المريض بعدم وجود إصابة عضوية، وإذا استطاع أن يكيف حياته اليومية مبتعداً عن التعب والجهد والقلق، وقد تغيب الأعراض أشهراً أو سنين لكن عودة المرض واردة وممكنة دائماً.

نصائح لمرضى تشنج القولون :

* خذ بعض الوقت للتفكير بالحاضر بدلاً من القلق من الماضي أو الخوف من المستقبل.
* خذ نفساً عميقاً وبطيئاً، استنشق الهواء بعمق وبطء وأخرجه ببطء.
* أغمض عينيك بعض الوقت كل يوم، وتذكر أحداثاً سعيدة عشتها سابقاً حتى تشعر بالارتخاء.
* مارس الرياضة كاليوجا والمشي والركض (الجري) حتى يتخلص جسمك من المواد الكيميائية المتراكمة فيه.
* إن كنت تعرضت لحادث مؤسف أو محزن، أخبر طبيبك بذلك فقد يساعدك على التخلص من آثاره.



إحدى الوضعيات التي تريح تشنج القولون (اليوجا)

ثانياً : التهابات القولون [Colitis] (التهابات الأمعاء الغليظة):

تتضمن عدة أنواع: التهاب القولون بالطفيليات (التهاب القولون الأميبي)، والتهاب القولون بالجراثيم (التهاب القولون العصوي)، والتهاب القولون دون سبب واضح (التهاب القولون التقرحي).

1- التهاب القولون الأميبي (Amebic colitis):

ويسمى أيضاً الزحار[1] الأميبي (Amebic dysentry) وهو مرض سببه طفيلي وحيد خلية يسمى المتحولة (الأميبة) الحالّة للنسج *(Entamoeba hsitolytica)* التي تتوضع في القولون وتنتقل منه إلى الأحشاء وخاصة الكبد والرئة والدماغ. وللمتحولة شكلان: متحرك ومتكيس والشكل المتكيس (الأكياس) هو المقاوم والمسؤول عن انتقال المرض الذي يحدث عن طريق الفم.

كيف تحدث العدوى ؟

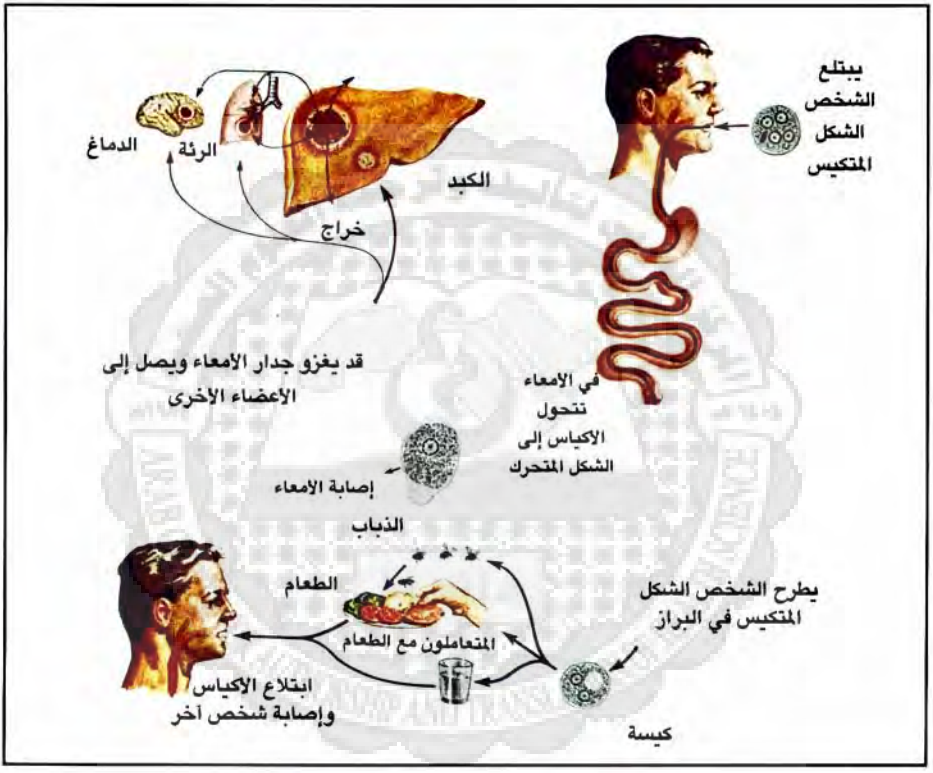
تحدث العدوى عندما تنقص مقاومة الجسم (تعب، برد، سوء هضم) وتنعدم النظافة، فيتناول الشخص الشكلَ المتكيس عن طريق الخضار الملوثة ليصل إلى القولون ويتكاثر ويتحول إلى الشكل المتحرك (وهو الذي يسبب المرض). أما إذا كانت مقاومة الجسم جيدة فيسكن القولون ويتكيس ويخرج مع البراز دون أي أعراض للمريض، وقد ينتقل إلى مريض آخر عبر الوسائل المذكورة سابقاً. ويمكن للشكل المتحرك أن يغزو الغشاء المخاطي للقولون محدثاً تقرحات فيه، وقد يغزو الطبقة تحت الغشاء المخاطي ويصل إلى الدم ومنه إلى الكبد والرئة والدماغ محدثاً تنخراً في أنسجتها (الشكل 37).

الأعراض :

تظهر إصابة القولون الحادة بشكل إسهالات مخاطية دموية 5-7 مرات، وقد تصل إلى 20 مرة يومياً، مع زحير (شعور بالحاجة للتغوط دون تغوط) وآلام بطنية

---

(1) الزحار (Dysentry) : حالة تتميز بإسهال مع وجود دم ومخاط وقيح في البراز ، تظهر عندما يصاب القولون بعدوى أو إنتان .



شكل (37) : مخطط الإصابة بالزحار الأميبي

المعالجة :

وتعتمد على إعطاء الأدوية القاتلة للعامل المسبب كالمترونيدازول. وتكون الوقاية باتباع الأساليب الصحية في النظافة الشخصية ونظافة الطعام المتناول، مع سرعة معالجة الشخص المصاب حتى لاينقل العدوى لغيره ومنع المصاب أو الحامل للأكياس مثل عمال المطاعم من التعامل مع الطعام حتى يشفوا ويصبح برازهم خالياً من الأكياس.

2- التهاب القولون العصوي (Bacillary colitis) :

ينتج التهاب القولون العصوي (الزحار العصوي Bacillary dysentry) عن جراثيم شكلها كالعصاة تسمى عصية الشيجلة [Shigella] (نسبة لمكتشفها) تصل إلى الجسم عن طريق الفم بواسطة الطعام أو الماء أو الأصابع الملوثة عند انعدام الشروط الصحية والنظافة. ويساعد الذباب على انتشار المرض خاصة في الطقس الحار، فيظهر بشكل وباء يصيب مجموعة كبيرة من الأشخاص.

الأعراض :

تظهر الإصابة بشكل إسهالات مائية (سائلة) في البداية ثم يظهر القيح والمخاط في البراز مع حس زحير، وترفع حروري (درجة الحرارة 40°م) وآلام بطنية وقياء، وقد يصاب المريض بالتجفاف إذا لم يقدم له العلاج المناسب في الوقت المناسب.

التشخيص :

يعتمد على فحص البراز تحت المجهر ورؤية العامل المسبب (عصية الشيجلة).

المعالجة :

تعتمد على تعويض السوائل وإعطاء الأدوية القاتلة للجراثيم.

3- التهاب القولون التقرحي (Ulcerative colitis) :

مرض مزمن يأتي ويغيب، يخف ويشتد ويصيب جميع الأعمار بخاصة بين 20-40 سنة من العمر.

السبب :

السبب الحقيقي غير معروف لكن يشك بعدة عوامل :

1- فقد تكشف إصابات في نفس العائلة مما يشير إلى أهمية العامل الوراثي.
2- كما يلاحظ كثرة الإصابة في إنجلترا وأمريكا وندرتها في الصين واليابان والبلاد العربية مما يشير إلى دور العامل العرقي.
3- وقد اكتشف الأطباء أيضاً دوراً للعامل المناعي حيث يعد المرض من الأمراض المعروفة باسم أمراض المناعة الذاتية.
4- كما يشك بأهمية العامل النفسي حيث يلعب دوراً في حدوث الإصابة فللمريض شخصية خاصة تتصف بالوجدانية والملل السريع (ويعرف باسم المجتهد الذي يثور على نفسه).
5- كما اتهم العامل الإنتاني أيضاً (وجود جراثيم أو ڤيروسات مسببة للمرض).

الأعراض :

يتميز المرض بحدوث نوبات من الإسهال مع ظهور مواد مخاطية دموية في البراز، وقد يصاب المريض بالقياء والألم البطني والزحير بعد التغوط وارتفاع درجة الحرارة وفقد الشهية والتعب وتراجع الحالة العامة حسب شدة الالتهاب.

المرافقات :

قد يترافق التهاب القولون التقرحي – أو قد تسبقه أو تظهر حين اشتداده – حالات مرضية مختلفة كالإكزيمة والصداف (الصدفية) والتهاب قزحية العين والتهاب المفاصل.

المضاعفات :

1- أهم المضاعفات هو تحول الحالة إلى سرطان، وهذا الخطر يزداد كلما زادت فترة المرض وانتشاره.
2- ضخامة القولون السمية : حالة خطرة يتمدد فيها البطن ويصاب المريض بقياء شديد وحمى وتسمم عام، يكشف بالتصوير الشعاعي (انظر القولون المتضخم).
3- النزف : قد يكون خفيفاً ومستمراً، أو مفاجئاً وغزيراً.

4- تشكل خراجات حول المستقيم أو نواسير.
5- حدوث فقر الدم ونقص البروتينات.

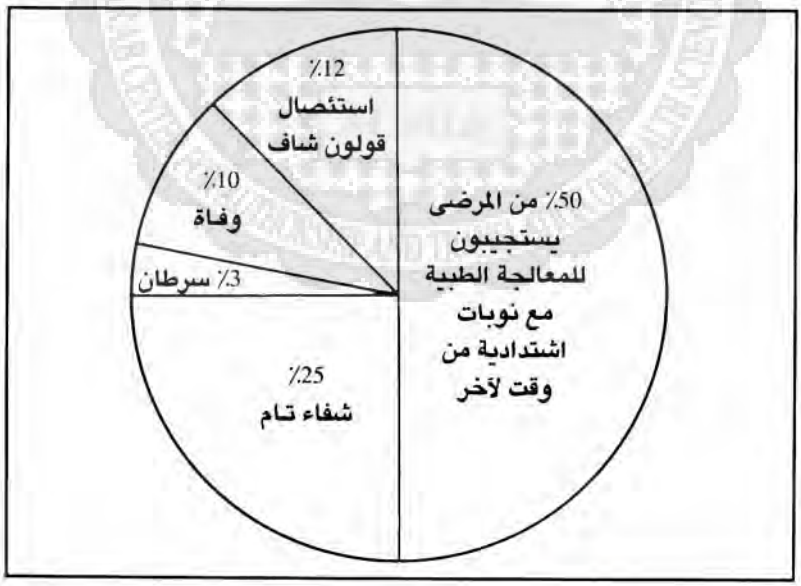
التشخيص :

يعتمد على الشكايات والفحص السريري، ويتأكد بتنظير القولون السيني، والتصوير الشعاعي الظليل للقولون وفحص البراز.

يسمح تنظير القولون وتنظير القولون السيني برؤية التبدلات التي أصابت الغشاء المخاطي مباشرة وتحديد مرحلة المرض وانتشاره.

تطور المرض :

يتصف المرض في أغلب حالاته بالإزمان. يتعرض المصاب لهجمات تزداد فيها شدة الشكايات، وهذه تحدث خاصة بعد التعرض لعدوى أو شدة نفسية أو خطأ غذائي أو عملية جراحية أو الحمل. وقد يحدث شفاء تام أو تتطور الحالة إلى سرطان وقد تحدث الوفاة وتكون أعلى نسبة للوفاة في السنتين الأولى والثانية للمرض بسبب الانثقاب (الشكل 38).



شكل (38) : تطور التهاب القولون التقرحي

المعالجة :

1- حمية مغذية مع استبعاد كافة المخرشات والأطعمة التي يبدي لها المريض عدم تحمل كالحليب مثلاً، وتلك التي تخلف وراءها فضلات - أي الأطعمة الغنية بالألياف. وقد تستدعي حالة المريض - خاصة في الهجمات الشديدة وضخامة القولون السمية - منع كل شيء عن طريق الفم والاعتماد على التغذية عن طريق الوريد.
2- راحة تامة في السرير في فترات الهجمات، مع الإصرار على المريض بضرورة تأمين قسط وافر من الراحة حتى أوقات هدأة المرض.
3- المعالجة النفسية : يجب إعطاء الاهتمام اللازم للمريض ومنحه الأمل بالشفاء، وقد يكون بحاجة إلى وصف بعض المهدئات ومضادات الاكتئاب والقلق.
4- تعويض الدم والماء والفيتامينات والحديد.
5- بعض الأدوية التي يراها الطبيب مناسبة.
6- المعالجة الجراحية : قد نلجأ للمعالجة الجراحية لوقف النزف الشديد والإصابة الواسعة وحدوث مضاعفات كالسرطان والخراجات.

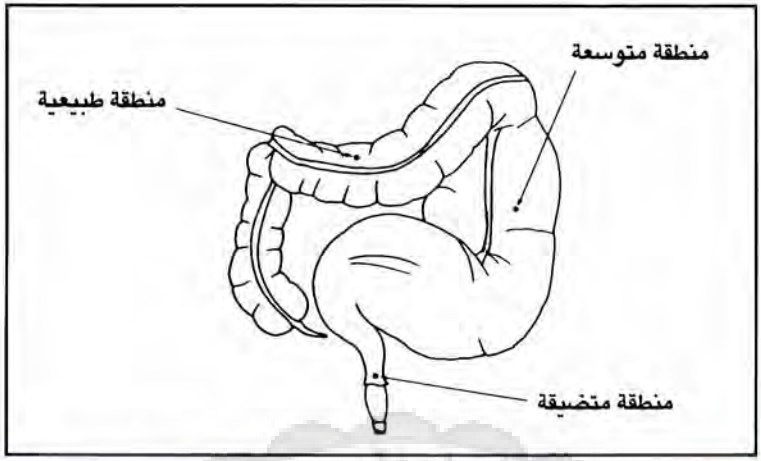
ثالثاً: ضخامة القولون (القولون الكبير) [Megacolon] :

ويعرف أيضاً باسم القولون العرطل أو توسع القولون أو تضخم القولون. ويقصد بها توسع القولون في قطره. قد يكون وراثياً وقد يحدث متأخراً.

1- ضخامة القولون الوراثية :

ويعرف بحسب مكتشفه باسم مرض هيرشبرنج (Hirschpring's disease) وسببه غياب الأعصاب التي تحرك جدار القولون، حيث يولد الطفل وكأنه مصاب بانسداد في الأمعاء، وبعد فترة يبدأ بالمعاناة من الإمساك فيتراكم البراز ويتوسع القولون فوق مكان الإصابة، ويصاب الطفل بنقص الشهية والقياء وفقر الدم ونقص النمو.

يشخص المرض بالتصوير الشعاعي الظليل (الأشعة مع حقنة الباريوم) حيث نلاحظ أن هناك جزءاً ضيقاً في القولون وفوق هذا التضيق يوجد توسع كبير (الشكل 39).



شكل (39) : ضخامة القولون الوراثية: لاحظ التضيق وفوقه التوسع الشديد

يعالج المرض جراحياً باستئصال المكان المتضيق ووصل القولون.

2- ضخامة القولون المكتسبة :

تنجم عن حالات مختلفة كالإمساك المزمن والإدمان على المورفين واستعمال الأتروبين، أو التهاب القولون التقرحي وتشقق الشرج.

تعالج الحالة حسب السبب المؤدي لها.

رابعاً : تطاول القولون (Dolichocolon) :

ويعني ازدياداً في طول القولون، قد يكون موضعاً في أحد أقسامه بشكل عروة إضافية أو شاملاً فتتضاعف العرى المعوية. ليس له سبب واضح وقد يكون خلقياً. قد لايترافق بأي أعراض، لكن يغلب أن يسبب إمساكاً معنداً مع انتفاخ البطن وآلام بطنية عامة. وقد ينزف أو يلتهب أو يصاب بالانفتال.

يعالج بإعطاء حمية قليلة السيللوز مع بعض المطهرات المعوية مع التبرز يومياً، وقد نلجأ للجراحة في حال حدوث نزف أو انفتال (Vulvulus).

قد يترافق تطاول القولون مع ضخامة القولون، وهذا غالباً ما يرافق اضطراب العادات الغذائية والالتهابات المعوية المزمنة.

خامساً : القولون الكسول (Lazy colon) :

يجب أن يتبرز الشخص عند امتلاء المستقيم، ويحصل هذا عادة كل 24 ساعة عند معظم الناس، ولكن بعض الناس مصابون بعدم حساسية القولون للتبرز وعدم الرغبة في ذلك، فينتفخ القولون بالبراز ويؤدي إلى كسله، ويساعد على ظهور مثل هذه الحالة : عدم الانتظام في الطعام، وعدم وجود الأماكن المناسبة للتبرز بخاصة عند كبار السن والمرضى المصابين بأمراض مزمنة.

ويصبح المريض في النهاية ضحية للمسهلات والملينات.

وتكون الوقاية من المرض بالابتعاد عن المسببات والتعود على التغوط (التبرز) يومياً، وأن يتناول الإنسان طعامه بانتظام، وأن يكون الطعام غنياً بالخضروات. كما أن الحركة ضرورية ومفيدة.

سادساً: رتوج القولون :

قد تكون الرتوج ولادية أو مكتسبة، وغالباً ما تكون متعددة فيسمى داء الرتوج (الرُتاج: Diverticulosis)، ويمكن أن تتوضع في أي منطقة من القولون خاصة في السيني. تزداد نسبة الإصابة مع التقدم في العمر.

السبب :

عرف اليوم أن الإمساك – ومن ثم زيادة الضغط ضمن تجويف القولون – هو السبب الذي يكمن وراء هذا الداء. وقد وجد أن 1 من 10 بعد سن الأربعين، و 1 من 3 بعد سن الستين مصابون به.

كيف تتشكل الرتوج ؟

عندما يكون البراز غزيراً وطرياً، يدفع بسهولة داخل القناة الهضمية، وذلك عن طريق الحركات الدودية المتلاحقة لناتجة عن تقلص العضلات في جدار الأمعاء. ولكن عندما يكون البراز قاسياً وقليل الكمية بسبب ازدياد امتصاص الماء منه، فإنه سيقاوم الاندفاع نحو الأمام، وسوف تبذل عضلات الجدار المعوي جهداً إضافياً لدعم التقدم نحو الأمام. ولفهم الدور الذي تلعبه قساوة البراز في زيادة الجهد

المطلوب لدفع محتويات الأمعاء، تقارن السهولة التي يتم بها دفع قطعة من الزبدة خلال أنبوب مطاطي مع الجهد المبذول لدفع كتلة من القطران أو أي مادة قاسية أخرى خلال الأنبوب. ولمسايرة هذه المتطلبات الزائدة تزداد ثخانة العضلات في جدار الأمعاء كمحاولة لزيادة فعاليتها وهذا يسبب، بشكل لايمكن تجنبه، زيادة كبيرة في الضغط داخل الأمعاء. هذه الزيادة غير العادية في الضغط تسبب اندفاعات في بطانة الأمعاء خلال الجدار وهذه هي الرتوج.

يمكن مقارنة اندفاعات الرتوج بالطريقة التي يندفع بها الأنبوب الداخلي لعجلة الدراجة من خلال ثقب في الطبقة الخارجية للعجلة، أو بالطريقة التي يندفع بها الطين من بين الأصابع عندما نطبق عليه باليد (الشكل 40).

تتشكل الرتوج بنفس الطريقة التي يمسك بها الطين في اليد ويعصر مابين الأصابع إلى الخارج عند إطباق قبضة اليد بإحكام

شكل (40) : كيفية تشكل الرتوج

الأعراض :

قد لاتترافق الرتوج بأية أعراض، وقد تسبب شكايات مشابهة لما يحدث في تشنج القولون : آلام بطنية، اضطراب عادة التغوط (التبرز)، نزف من الشرج.

يكتشف الداء بالتصوير الشعاعي الظليل حيث توجد ظلال مدورة على حواف القولون تخرج من تجويفه ويمكن مشاهدة الرتوج خلال تنظير القولون السيني.

المضاعفات :

تكمن أهمية داء الرتوج في إمكانية التسبب بمضاعفات خطيرة كالالتهاب (الذي قد يؤدي إلى تليف وتضيق وانسداد) وتشكل خراج (قد ينثقب) وتشكل النواسير (خاصة مع المثانة) وقد يصاب المريض بسوء الامتصاص.

المعالجة :

تعتمد المعالجة على تنظيم الحمية والتقليل من الخضار والفواكه الحاوية على الألياف السللوزية، وإعطاء مطهرات معوية ومضادات التشنج مع الراحة التامة في السرير، وقد نلجأ للجراحة لمعالجة المضاعفات.

المراجع:

1 - دليل العائلة الطبي: د. جان غوميز (مترجم) دار الحوار ـ سوريا 1994.

2 - المعدة داء ودواء: د. صالح هويدي دار ميرزا ـ لبنان 1995.

3 - الغذاء يصنع المعجزات: جايلورد هاورز (مترجم) دار النفائس 1985.

4 - الغذاء وصحة المجتمع: د.عبدالله البكيري. مكتب التربية العربي لدول الخليج. د. عزالدين الدنشاوي 1994.

5 - أمراض جهاز الهضم: أ.د. فايز عيسى ـ جامعة حلب ـ سوريا 1999.

6 - أمراض جهاز الهضم: أ.د. منذر دقاق ـ جامعة دمشق ـ سوريا 1987.

7 - أمراض جهاز الهضم: أ.د. سيد الحديدي ـ دار طلاس ـ سوريا 1994.

8 - دور الألياف في الوقاية من الأمراض: د. دنيس بيركت (مترجم) دار المعارف ـ سوريا 1994.

9 - الجهاز الهضمي بين الصحة والمرض: د. موريس عطية ـ دارالنشر العالمية المحدودة ـ السعودية 1987.

10- علم التشريح السريري: د. سنل (مترجم) دار المعارف ـ سوريا 1995.

1- Cecil's Textbook of Medicine: Smith Bennett; Saunders, 1996.

2- A-Z Family Health Adviser; "Diocles", Clarion 1995