

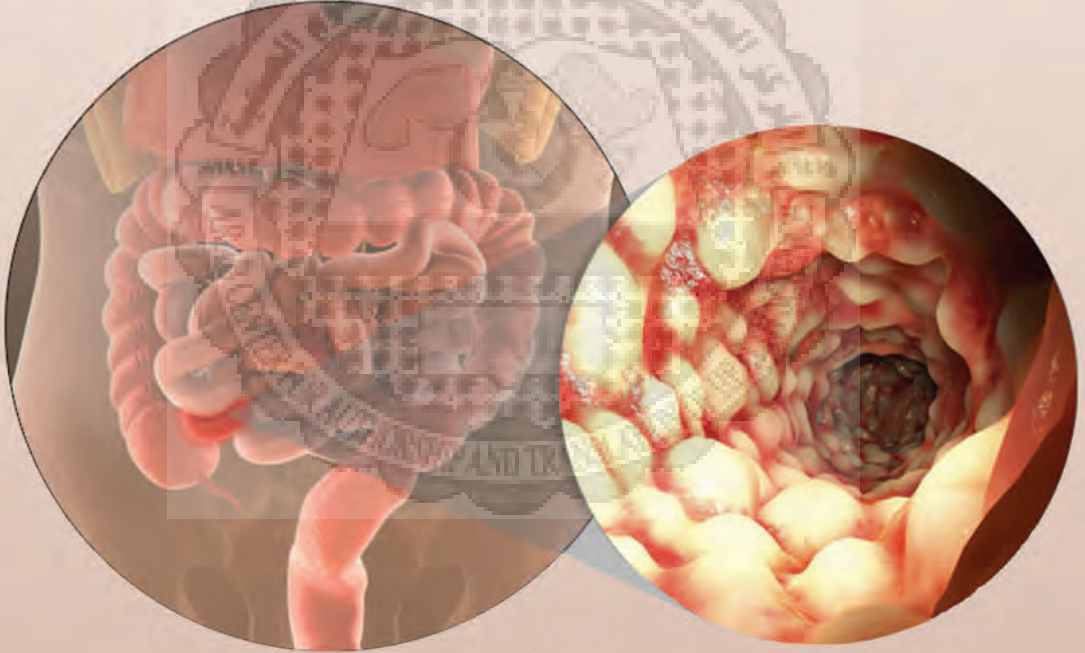


المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - دولة الكويت

سلسلة الثقافة الصحية (129)

داء كرون

أحد أمراض الجهاز الهضمي الالتهابية المزمنة



تأليف

د. إسلام محمد عشري

مراجعة: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

2019م

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - دولة الكويت



سلسلة الثقافة الصحية

داء كرون

أحد أمراض الجهاز الهضمي الالتهابية المزمنة

تأليف

د. إسلام محمد عشري

مراجعة

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

الطبعة العربية الأولى 2019م

ردمك: 0-48-700-9921-978

حقوق النشر والتوزيع محفوظة

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب يعبر عن وجهة نظر المؤلف ولا يتحمل المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أية مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

هاتف : + (965) 25338610/1/2 فاكس : + (965) 25338618/9

البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

المحتويات

ج	المقدمة :	
هـ	المؤلف في سطور :	
1	الفصل الأول : التعريف بالمرض وأسبابه	
13	الفصل الثاني : الأعراض والمضاعفات	
27	الفصل الثالث : طرق التشخيص والعلاج	
49	الفصل الرابع : طرق الوقاية	
59	المراجع :	

المقدمة

يُعد داء كرون أحد الأمراض الالتهابية المزمنة التي انتشرت في الآونة الأخيرة بشكل ملحوظ حول العالم والتي تصيب القناة الهضمية وخاصة الأمعاء. ولقد سُمي بذلك نسبة إلى الطبيب الأمريكي بوريل كرون (Burrill Crohn) الذي وصف تلك الحالة المرضية لأول مرة عام 1932م. ويُرافق ذلك المرض مجموعة من الأعراض التي تسبب الضيق الشديد للمرضى أهمها: ألم البطن، والإسهال الشديد، والتعب، وفقد الوزن، وكذلك بعض الأعراض خارج نطاق الجهاز الهضمي مثل: التهاب المفاصل، والعين على سبيل المثال وليس الحصر، وهو ما يؤثر بالسلب على الحالة النفسية للمرضى؛ مما يؤدي إلى أن يُفسد ذلك الشعور السيء حياتهم الشخصية والمهنية ويُقيد حركتهم وحياتهم.

ما زالت أسباب هذا المرض غير معروفة على وجه التحديد، لكن هناك نظريات تقترح وجود دور لكل من المكروبات، والنظام الغذائي والتدخين، والاضطرابات الجينية في إحداث الإصابة. وحتى هذه اللحظة لم يتم التوصل إلى دليل قاطع يثبت أن أيًا منها يتسبب بمفرده في حدوث المرض، وإن كان - ولا شك - لكل منها دور جزئي. ويُساعد التشخيص المبكر على التحكم في المرض بسهولة، وأيضاً يساعد في الوقاية من المضاعفات المحتملة، وتوفير حياة طبيعية للمرضى ومن هنا تبرز الحاجة إلى التثقيف الصحي حول ذلك المرض، وتوعية المجتمع بمدى خطورته والسبل اللازم اتباعها لتحسين حياة المرضى، وكذلك وقاية الأصحاء من الإصابة به.

يستعرض هذا الكتاب أهم الجوانب الواجب معرفتها حول المرض من خلال أربعة فصول، حيث يتناول الفصل الأول منها التعريف بالمرض وأسبابه، ثم يناقش الفصل الثاني الأعراض والمضاعفات، أما الفصل الثالث فيشرح طرق التشخيص والعلاج، ويُختتم الكتاب بفصله الرابع بالحديث عن طرق الوقاية. نأمل أن يكون هذا الكتاب قد استوفى بالشرح كل ما تطرق إليه حول داء كرون، وأن يكون إضافة جديدة تُضم إلى سلسلة الثقافة الصحية.

والله ولي التوفيق،،

الأستاذ الدكتور/ مرزوق يوسف الغنيم

الأمين العام المساعد

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

المؤلف في سطور

• د. إسلام محمد عشري

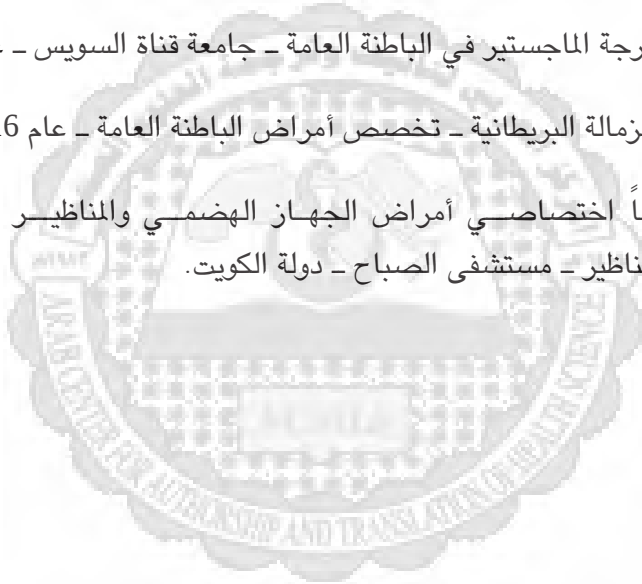
- مصري الجنسية - مواليد عام 1983م.

- حاصل على درجة البكالوريوس في الطب والجراحة - جامعة عين شمس - عام 2006م.

- حاصل على درجة الماجستير في الباطنة العامة - جامعة قناة السويس - عام 2011م.

- حاصل على الزمالة البريطانية - تخصص أمراض الباطنة العامة - عام 2016م.

- يعمل حالياً اختصاصي أمراض الجهاز الهضمي والمناظير - قسم الجهاز الهضمي والمناظير - مستشفى الصباح - دولة الكويت.



الفصل الأول

التعريف بالمرض وأسبابه

يعتبر داء كرون أحد أشكال داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory Bowel Disease; IBD) الذي يُعد بدوره مصطلحاً شاملاً يصف مجموعة من الاضطرابات التي ينتج عنها التهاب مزمن في القناة الهضمية، خصوصاً في الأمعاء الدقيقة أو الغليظة (القولون). وتشمل أعراض داء الأمعاء الالتهابي: الإسهال الشديد وأحياناً المدمي، والتعب، وآلام البطن، وقد يلجأ المرضى لتناول الأدوية المختلفة لمعالجة الأعراض، ويهملون استشارة الطبيب للكشف عن السبب الرئيسي وراء ذلك؛ مما يؤدي إلى تفاقم الحالة المرضية. لذلك يعد التشخيص المبكر أمراً ضرورياً من أجل تحديد نوعية المرض ووضع استراتيجية علاجية مناسبة لتجنب حدوث المضاعفات التي يمكن أن تؤثر على جودة حياة المريض من الناحية الجسدية والنفسية والاجتماعية والمهنية. ويشمل داء الأمعاء الالتهابي كلاً من داء كرون، والتهاب القولون التقرحي، وهما النمطان الأكثر شيوعاً، إضافةً إلى عدد قليل من الحالات المرضية الأخرى النادرة مثل: التهاب المستقيم التقرحي، والتهاب المستقيم والسيني (وهو جزء القولون القريب من المستقيم والشرج)، والتهاب القولون يساري الموضع، والتهاب القولون الكامل، والتهاب القولون التقرحي الحاد الشديد. ومع أن مصطلح «داء الأمعاء الالتهابي» يضم مجموعة من الاضطرابات فضلاً عن داء كرون والتهاب القولون التقرحي كما ذكرنا آنفاً، إلا أن العادة جرت على أن يطلق هذا المصطلح بشكل عام على داء كرون والتهاب القولون التقرحي.

ويجدر بالذكر أن داء الأمعاء الالتهابي قد وُصف في المخطوطات القديمة التي تعود إلى العصور القديمة اليونانية، بما في ذلك مخطوطات أبقراط (حوالي 460-370) قبل الميلاد، التي ناقشت المسببات المحتملة لحالات الإسهال تلك. كما قد وُجد ضمن الثقافة الصينية القديمة وصف لحالات مرضية تجمع بين الإسهال وآلام البطن والتهاب وعدوى الأمعاء واستعراض لمعالجات طبية لها. وقد ورد في الأدبيات الطبية القديمة حالات عديدة مشابهة لما يُعرف الآن بداء كرون أبلغ عنها الأطباء تحت مسمى التهاب اللفائفي الناحي، أو التهاب الأمعاء الناحي أشهرها تقرير جيوفاني باتيستا مورجاني (Giovanni Batista Morgagni)، الأب المؤسس لعلم الباثولوجيا التشريحية عام 1769م، ومنشور الجراح الأسكتلندي توماس كينيدي ديال (Thomas Kennedy Dalziel) في المجلة

الطبية البريطانية عام 1913م، ثم نُشر في جريدة الجمعية الطبية الأمريكية عام 1932م تقرير للطبيب بوريل كرون (Burrill Crohn)، اختصاصي أمراض الجهاز الهضمي الأمريكي بالاشتراك مع زميله الدكتور جوردون أوبنهايمر (Gordon Oppenheimer)، والدكتور ليون جينزبورج (Leon Ginzburg)، حيث وصفوا فيه بدقة تلك الحالة المرضية للمرة الأولى في 14 مريضاً تتراوح أعمارهم بين (17-52) عاماً على أنها التهاب نخري مُسبب للندبات في اللغائفي (وهي نهاية الأمعاء الدقيقة)، ومن بعدها أصبح يطلق على هذا المرض «داء كرون» نسبة إلى مُكتشفه.

أما بالنسبة إلى التهاب القولون التقرُّحي، ففي تقرير عن حالة أحد المرضى تم كتابته في عام 1859م كان السير صامويل ويلكس (Samuel Wilks) أول طبيب استخدم مصطلح «التهاب القولون التقرحي» لوصف حالة مشابهة لما يُعرف اليوم بالمرض ذاته. كما تعاقبت التقارير عن حالات مماثلة لمرض ما يسبب إسهالاً حاداً ومستمراً، ولا يبدو أنه من أصل معدٍ خلال النصف الأخير من القرن التاسع عشر. وفي عام 1888م أي: بعد ظهور نظرية جرثومية المرض (وهي النظرية التي تفترض أن المكروبات هي سبب عديد من الأمراض) بفترة وجيزة، قدم السير ويليام هيل وايت (Sir William Hale White) تقريراً يحوي وصفاً دقيقاً للحالات التي شاهدها عن «التهاب القولون التقرحي». ومن هذا التقرير، دخل مصطلح «التهاب القولون التقرحي» في المفردات الطبية العامة. ونظراً لازدياد انتشار داء الأمعاء الالتهابي، فإننا نستعرض في هذا الكتاب إحدى الصور لهذا المرض وهو داء كرون، وأهم الجوانب التي يجب معرفتها عنه، وأسبابه، وطرق التشخيص، والعلاج والوقاية.

التعريف بالمرض

يعد داء كرون كما ذكرنا سابقاً أحد أنماط داء الأمعاء الالتهابي، وهو عبارة عن مرض مزمن غير مُعدٍ يصيب الجهاز الهضمي، على الأرجح نتيجة لوجود خلل في جهاز المناعة. ويمكن لذلك الالتهاب أن يشمل مناطق مختلفة من القناة الهضمية بدءاً من الفم وانتهاءً بالشرج. وتضم أعراضه بشكل عام: الألم، وانتفاخ البطن، والحمى، والتعب، والإسهال المتكرر الذي قد يكون مصحوباً بدم. ومع مرور الوقت تتطور أعراض أخرى مثل: فقد الوزن، وفقر الدم، والقيء، والاعتلالات الناتجة عن سوء التغذية، كما قد تظهر أعراض خارج نطاق الجهاز الهضمي لدى بعض المرضى مثل: التهاب المفاصل، والتهاب العين، والطفح الجلدي.

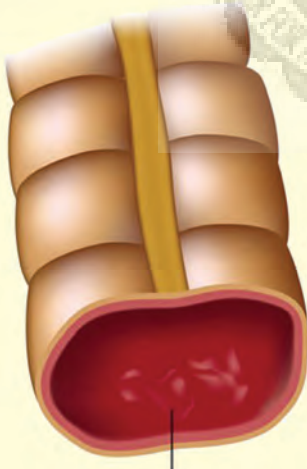
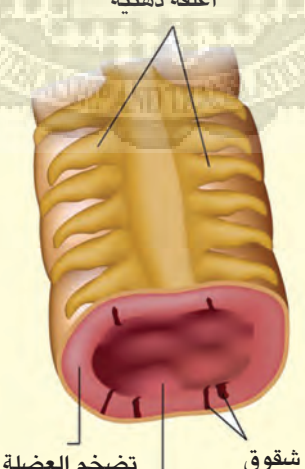
ولا يزال سبب المرض غير معروف، ولكن تم وضع نظريات مختلفة لأهم العوامل التي تساهم في إحداث الإصابة به مثل : الجينات التي ورثها الشخص، أو حدوث استجابة غير طبيعية لنظام المناعة، أو زيادة تواجد أنواع معينة من الجراثيم التي توجد بصورة طبيعية في الأمعاء (النباتات الميكروبية) أو انعدام أحدها، أو ربما بسبب عامل ما متعلق بالبيئة الخارجية مثل : التعرض لبعض أنواع الفيروسات، أو الجراثيم، أو التدخين، أو الإجهاد، أو النظام الغذائي، أو غير ذلك من العوامل. ومن الجدير بالذكر أنه كلما ابتعد المريض عن التوتر وحافظ على نمط حياة صحي، واهتم بممارسة الرياضة، وأقلع عن العادات الضارة مثل : التدخين وغيره، انخفضت أعراضه واستطاع التحكم بشكل فعال في المرض.

ويمكن للأشخاص من أية مرحلة عمرية أن يصابوا بداء كرون بما في ذلك الأطفال. ولكن عادة ما تُشخص هذه الحالة المرضية ما بين عمر (15-40) عاماً. ويتذبذب مسار هذا المرض ما بين نوبات لنشاط المرض تسمى الوهجات (Flares) وفترات لسكون الأعراض تسمى الهدأة (Remission). وتختلف نوبات نشاط المرض في شدتها ومعدل تكرارها على حسب الشخص. ونظراً لأن داء كرون والتهاب القولون التقرحي يتشابهان كثيراً في أعراضهما، إلا أنهما مرضان مختلفان ومن الضروري التفريق بينهما، حيث يوضح كل من الإطار والجدول التاليين أهم أوجه التشابه والاختلاف بينهما.

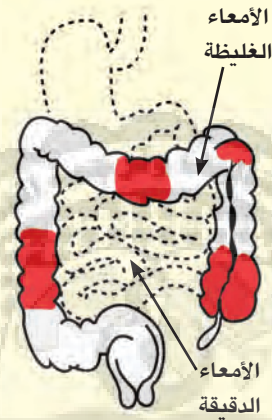
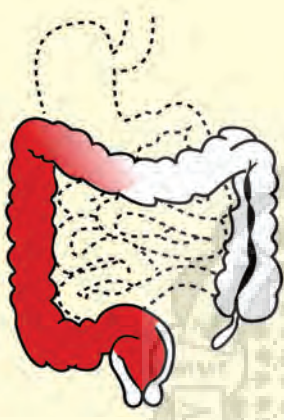
إطار يوضح أوجه التشابه بين داء كرون والتهاب القولون التقرحي.

أوجه التشابه بين داء كرون والتهاب القولون التقرحي
• يصنف الداءان على أنهما ضمن داء الأمعاء الالتهابي وهما الأكثر شيوعاً. • يشيع حدوث كلا المرضين في سن المراهقة والشباب مع أن المرض يمكن أن يحدث في أي عمر. • يصيبان الرجال والنساء على حد سواء. • يستعرض مسار كلا المرضين نوبات لنشاط المرض وفترات لسكون الأعراض. • كلاهما ذو أعراض التهابية متشابهة جداً تحدث أثناء فترات نشاط المرض وتتمثل في: ألم البطن، والإسهال المستمر، والإلحاح للتبرز، والنزف المعوي، والحمى، وفقد الوزن، إضافة إلى أعراض أخرى خارج نطاق الجهاز الهضمي مثل : التهاب المفاصل، والتهاب العين، والجلد وغيرها. • لا يُعرف السبب القاطع للإصابة، ولكن هناك مجموعة العوامل المساهمة مثل : البيئة والجينات، والاستجابة غير المناسبة من قبل الجهاز المناعي للجسم.

جدول يبين أوجه الاختلاف بين داء كرون والتهاب القولون التقرحي.

التهاب القولون التقرحي	داء كرون	أوجه الاختلاف
تقتصر الإصابة على القولون فقط، حيث قد تبدأ الإصابة من المستقيم، ثم تمتد إلى باقي أجزاء القولون.	يمكن أن يصيب أي جزء من القناة الهضمية ابتداءً من الفم وانتهاءً بالشرج، لكنه يؤثر بشكل أكثر شيوعاً على نهاية الأمعاء الدقيقة (اللفائفي) وبداية الأمعاء الغليظة (القولون).	موضع الإصابة بالجهاز الهضمي
يصيب التهاب القولون التقرحي الطبقة الداخلية من بطانة القولون (الطبقة المخاطية).  تقرح الطبقة المخاطية	عندما يصيب داء كرون الأمعاء، فإنه يتوغل بشكل أعمق في جدار الأمعاء خلال جميع الطبقات.  أغلفة دهنية شقوق تضخم العضلة تغير مظهر الجدار الداخلي لما يشبه الحصوات المنثورة	الطبقات المصابة

تابع/ جدول يبين أوجه الاختلاف بين داء كرون والتهاب القولون التقرحي.

أوجه الاختلاف	داء كرون	التهاب القولون التقرحي
نمط التقرحات (حيث توضح الصورة التقرحات ملونة باللون الأحمر).	تكون التقرحات متقطعة، بمعنى أن يتخلل المنطقة المصابة مواضع سليمة قد تكون مساحتها كبيرة.	تكون التقرحات متواصلة.
		

وبائيات المرض

يصيب داء كرون كلاً من الرجال والنساء على حد سواء في أي عمر، ولكن بالنسبة للعمر الشائع الذي يبدأ عنده المرض فهو ما بين عمر (20 – 40) عاماً، أو ما بين عمر (50 – 60) عاماً. وقد ازداد معدل وقوعه وانتشاره بشكل ملحوظ في جميع أنحاء العالم في السنوات الأخيرة. وبشكل أكبر في المناطق المتقدمة والحضرية. وفي حوالي 30 % من مرضى داء كرون تبدأ الأعراض بالمرض المحيط بالشرج، بينما يتأثر 50 % من المرضى بالأعراض خارج الأمعاء للهولة الأولى أثناء مرحلة التشخيص، وخاصة الأعراض المفصليّة والجلدية والعينية.

وحيث إن داء كرون يمكنه أن يصيب المرضى في أي عمر ، فلا ينجو الأطفال أيضاً منه. وتحدث حوالي 20 % من حالات داء كرون عند الأطفال ، ويصاب من (20 – 30) % من مرضى كرون قبل سن العشرين. وتُعرف هذه الحالة بمرض كرون للأطفال، وحيث إنه يؤثر على كل من الأولاد والبنات، فإن الأولاد هم أكثر عرضة للإصابة به. وهو أكثر شيوعاً لدى الأطفال، مقارنةً مع التهاب القولون التقرّحي، كما يمكن ملاحظته أيضاً في المرضى الذين تتراوح أعمارهم من خمس سنوات أو أقل.

مواضع الإصابة بداء كرون

في داء كرون يمكن أن يتأثر أي جزء من القناة المعوية. ومع ذلك ، فإن الموضع الأكثر شيوعاً للمرض هو الجزء الأخير من الأمعاء الدقيقة (اللفائفي). ويتأثر اللفائفي في حوالي نصف الحالات. وقد تتأثر أي أجزاء أخرى من الأمعاء الدقيقة والقولون، ولكن بشكل أقل شيوعاً أيضاً. بينما يقل تأثر الفم، والمرئ والمعدة بالمرض مقارنة بالمواضع السابق ذكرها. وقد تكون الرقعة الالتهابية صغيرة، أو ربما تنتشر لمسافة كبيرة. وكذلك قد تتطور عدة رقع التهابية، مع وجود أجزاء طبيعية من القناة الهضمية بينهما. وقد وجد في إحدى الإحصائيات أن في حوالي 3 من كل 10 حالات يحدث الالتهاب فقط في الأمعاء الدقيقة. وفي عدد أقل من الحالات يحدث الالتهاب في أماكن مختلفة من القناة الهضمية. ومن ضمن أبرز تصنيفات داء كرون وفق موضع الإصابة ما يلي:

1. داء كرون المسبب للتهاب القولون واللفائفي: يؤثر هذا النوع من داء كرون على اللفائفي (الجزء الأخير من الأمعاء الدقيقة) والقولون معاً، مما يتسبب في التهابهما وتهيجهما. ويعد هذا النوع الأكثر إصابة لمعظم المرضى. حيث يعانيه ما لا يقل عن 45 % من المصابين بداء كرون. وعادة ما يصاحبه أعراض مثل: الإسهال والألم، والتقلصات في المنطقة الوسطى أو السفلى اليمنى من البطن، مع فقد للوزن بشكل ملحوظ.

2. داء كرون المسبب لالتهاب اللفائفي: يسبب هذا النوع أيضاً التهاب وتهيج اللفائفي، ولكن دون إصابة القولون. وعندما يتفاقم هذا النوع من داء كرون ، فإنه يمكن أن يسبب خراجيج قد تنتج عنها النواسير وتتطور في الجزء السفلي الأيمن من البطن، ويمثل هذا النوع 30 % من حالات داء كرون في الوقت الحاضر.

3. داء كرون المسبب للتهاب القولون الحبيبي: يؤثر هذا النوع من داء كرون بشكل كبير على القولون، ويشكل هذا النوع حوالي 20 % من حالات داء كرون. وتشمل أعراضه نزف المستقيم، والإسهال (الذي قد يكون مختلطاً أو غير مختلط بالدم)، والتعب، والإصابات الجلدية، والنواسير، والتقرحات، والخراجيج حول الشرج، وتشيع أيضاً آلام المفاصل بين المرضى.

4. داء كرون المعدي الإثنا عشري: إن وجود هذا النوع من داء كرون يعني حدوث الالتهاب والتهيج في المعدة و بداية الإثنا عشري (وهو الجزء الأول من الأمعاء الدقيقة). وتشمل أعراض هذا النوع: فقد الشهية والغثيان، وفقدان الوزن، والقيء (خاصة إذا حدث انسداد داخل الأجزاء الصغيرة من الأمعاء).

5. داء كرون المسبب لالتهاب الصائم واللفائفي: تشمل أعراض هذا النوع: التقلصات بعد الوجبات، والإسهال، وعدم الراحة في البطن التي قد تكون شديدة في بعض الحالات، وفقر الدم وتكون النواسير، وفي هذا النوع يحدث الالتهاب والتهيج في الصائم، وهو الجزء الثاني من الأمعاء الدقيقة، إضافة إلى اللفائفي. ويعد هذا النوع غير شائع، ولكن يتم تشخيصه بشكل أكثر لدى الأطفال عنه في البالغين.

6. داء كرون المحيط بالشرج: هناك نوع آخر من أنواع داء كرون وهو داء كرون المحيط بالشرج الذي يسبب التهاباً حول الشرج، وقد يتطور بشكل منفرد، أو جنباً إلى جنب مع الأنواع الأخرى المذكورة أعلاه. ويعاني ثلث المرضى تقريباً داء كرون المحيط بالشرج، وتشمل أعراضه: الألم والحكة حول منطقة الشرج، والتقيح، وظهور الزوائد الجلدية (الطفوات)، والشقوق الشرجية، ونزول المخاط، والنزف الشرجي، والإلحاح للتبرز.

وجدير بالذكر أن معظم الأطفال المصابين يحدث لديهم الالتهاب في اللفائفي (نهاية الأمعاء الدقيقة)، وفي أكثر من 50 % منهم تتأثر مواضع مختلفة من القولون، وتوجد نسبة قليلة من الأطفال يكون الالتهاب لديها في المعدة فقط، إضافة إلى المقطع العلوي من الإثنا عشري حيث تصب المعدة محتوياتها

أسباب حدوث المرض وعوامل الخطر

مع أن داء كرون قد أصبح أكثر شيوعاً في السنوات الأخيرة، إلا أن سببه بالتحديد لا يزال غير معروف. وقد وُجد أن حوالي ثلاثة تقريباً من كل 20 شخصاً مصاباً يكون لديهم أحد أفراد العائلة مصاباً أيضاً؛ مما يرجح أنه قد تتسبب بعض العوامل الوراثية في الإصابة بالمرض. ومع ذلك، فقد تكون هناك عوامل أخرى مثل: وجود جراثيم، أو فيروسات ما تحفز جهاز المناعة للتسبب في التهاب أجزاء من الجهاز الهضمي لدى الأشخاص ذوي الاستعداد الجيني لتطور الإصابة بالمرض. ومن المدهش أنه قد تم الكشف عن بعض العوامل التي - على العكس - قد توفر حماية ضد الإصابة، ومن أهمها: الرضاعة الطبيعية والاحتكاك مع الحيوانات في مرحلة الطفولة. وتشمل الأسباب المحتملة وعوامل الخطر المختلفة التي تم ربطها بداء كرون ما يلي:

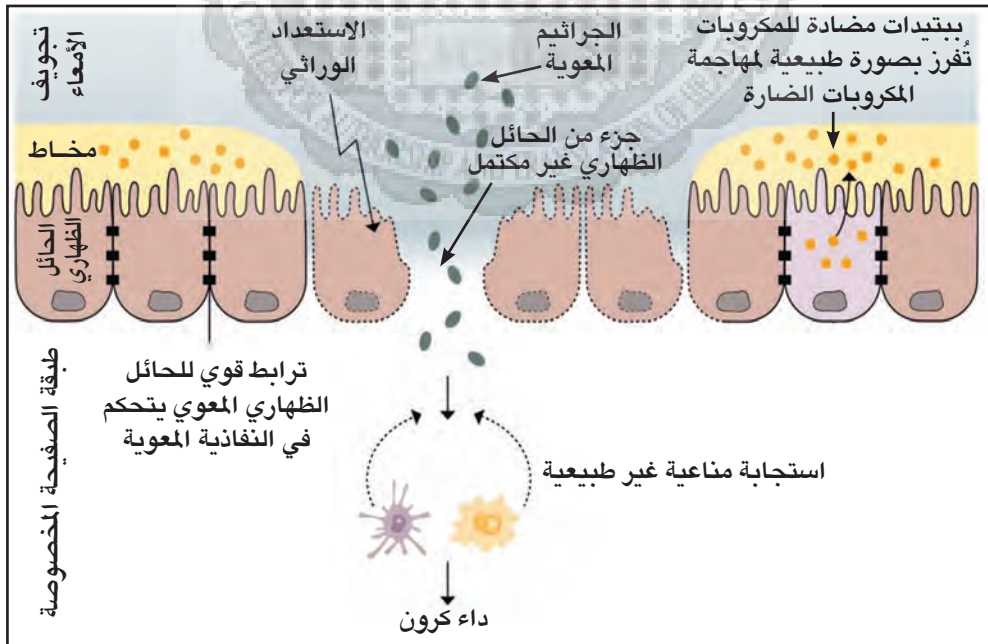
اضطراب المناعة

وجد العلماء أن هناك علاقة بين داء كرون ومشكلات الجهاز المناعي. ففي العادة، تقوم خلايا الجهاز المناعي بمهاجمة المكروبات الضارة مثل: الجراثيم، والفيروسات، والفطريات، وكذلك المواد الغريبة التي تدخل الجسم. ومع ذلك، لا يقاوم الجسم جميع المكروبات التي

يحيوها؛ إذ أن كثيراً منها مفيد للجسم مثل : الجراثيم النافعة في عملية الهضم، والجراثيم الملبنة التي تحافظ على بيئة المهبل الحامضية. وعندما يهاجم الجسم ميكروباً ضاراً، فإن التفاعلات المناعية الدفاعية تبدأ، وتنتقل إلى ساحة المعركة تلك العوامل الكيميائية والسوائل والخلايا المناعية الأخرى المكتنفة في عملية الدفاع للقضاء على هذا الميكروب و التخلص منه وتنتهي بذلك التفاعلات الدفاعية ويتوقف الالتهاب. لكن لسبب ما، فإن مرضى داء كرون لا يستجيب جهازهم المناعي بصورة طبيعية؛ حيث يهاجم الميكروبات النافعة أو بطانة القناة الهضمية بالخطأ، أو على الأرجح لا تتوقف الاستجابة المناعية الالتهابية بعد القضاء على الميكروب الضار. وبالتالي، مع مرور الوقت يصبح الالتهاب مزمناً؛ مما يتسبب في إحداث تقرحات وإصابات أخرى في الأمعاء. وقد تم وضع نظريات تفسر هذا الاضطراب المناعي المعوي من أهمها ما يلي:

1. عيوب الحائل الظهاري (طبقة الخلايا الطلائية) في الأمعاء

تعمل طبقة الظهارة (الخلايا الطلائية) المعوية كجدار عازل أو كحائل يحمي أنسجة الأمعاء من الجراثيم التي تقطن تجويف الأمعاء، كما تساهم بفعالية ونشاط في النظام المناعي المعوي. وبالتالي، فإن أي عيب أو خلل مزمن في تلك الطبقة سيزيد من النفاذية المعوية للمستضدات المختلفة، حيث يؤدي ذلك إلى تنشيط الآليات المناعية الدفاعية بإفراط ؛ مما يسبب التهاباً مزمناً بالأمعاء.



شكل يوضح دور عيوب الحائل الظهاري في الإصابة بداء كرون

2. الاستماتة المعيبة للخلايا التائية للمفاوية بالغشاء المخاطي

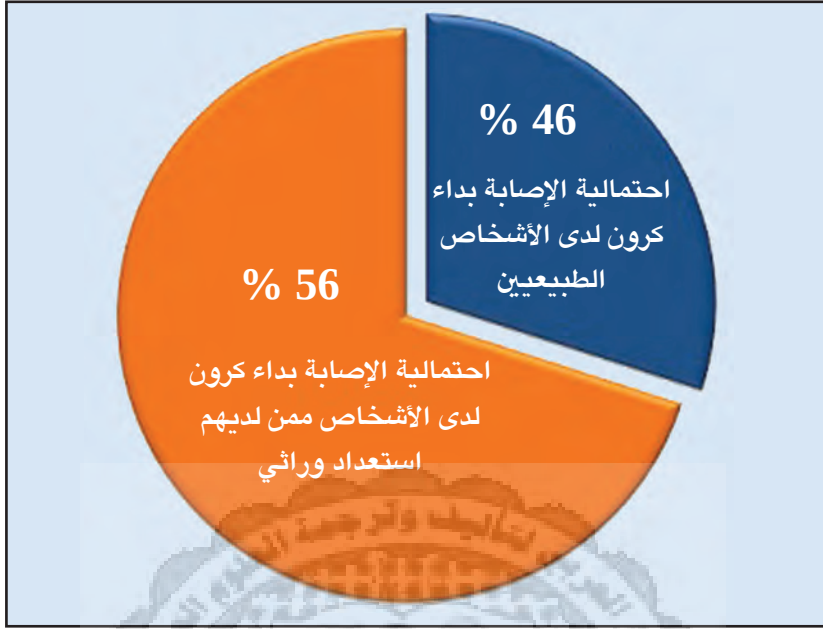
تُعد الاستماتة عملية طبيعية مُنظمة، وتعني الموت المُبرمج للخلية، وهي تحد من انتشار الخلايا التائية للمفاوية النشطة وتقلل من تجمعها، مما يعمل على الحد من الالتهاب وتدمير الأنسجة عند تنشيط تلك الخلايا التائية للمفاوية بطبقة الصفيحة المخصوصة، (وهي الطبقة الرقيقة من النسيج الضام التي تشكل جزءاً من البطانات الرطبة المعروفة باسم الغشاء المخاطي) عقب التعرض للمستضدات. وبالتالي، عند فشل هذه الآلية الطبيعية يصبح الالتهاب غير متحكم به ويؤدي إلى داء كرون.

العوامل الوراثية (الجينات)

تلعب العوامل الوراثية (الجينات) دوراً مهماً في الإصابة بداء كرون. وقد قام الخبراء بالربط بين الإصابة بالمرض ووجود طفرات ما في بعض الجينات، حيث يكون حاملو هذه الجينات الطافرة أكثر استعداداً للإصابة. ومع ذلك، فإن نمط الوراثة لا يزال غير واضح حتى وقتنا هذا، نظراً لأن العوامل البيئية والوراثية يجب اشتراكهما معاً لتطور المرض، وأن الاستعداد الوراثي وحده غير كافٍ لتطور المرض. وقد وُجد أن العوامل البيئية ربما تحفز الاستجابة غير الطبيعية لجهاز المناعة في أجسام من لديهم بالفعل الاستعدادية الوراثية للإصابة. فعلى سبيل المثال: قد تحفز العدوى الجرثومية أو الفيروسية الجهاز المناعي لمهاجمة بطانة الجهاز الهضمي إلى جانب المهاجمة الطبيعية التي يقوم بها ضد مسببات تلك العدوى. ومع أن داء كرون يميل للظهور في العائلات حيث وُجد أن حوالي 15 % من المصابين لديهم أحد أفراد العائلة (مثل : أحد الأبوين أو الأخوة) مصاب، إلا أنه لا ينصح بتقييم العوامل الوراثية في الممارسة الإكلينيكية المعتادة لأنها - كما قلنا - ليست شرطاً أكيداً للإصابة. وجدير بالذكر أن داء كرون يزيد انتشاره في المجموعات العرقية المختلفة مثل: القوقازيين واليهود الأشكيناز، حيث لديهم معدل انتشار للمرض أكبر بمقدار (3-4) أضعاف عن أية مجموعة عرقية أخرى.

ملحوظة هامة

- إذا كان الوالدان لديهما داء كرون فإن فرصة طفلهما أن يصاب بالمرض هي تقريباً من 3:1.
- وإذا كان أحد الأبوين دون الآخر لديه المرض، فإن فرصة المولود في الإصابة بالمرض تكون 9 %.



شكل يوضح مدى مساهمة العوامل الوراثية في الإصابة بداء كرون

التدخين

إن العلاقة بين داء كرون والتدخين معقدة، فقد أثبتت عديد من الدراسات أن المدخنين يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمرض، مقارنة مع غير المدخنين. ووجد أيضاً أن المصابين بداء كرون من المدخنين يعانون مرضاً أكثر شدة عن غيرهم من غير المدخنين. ومن المدهش - على العكس - أن التدخين مع سلبياته وأثاره المتعددة السلبية على الصحة لكنه، يقلل من شدة التهاب القولون التقرحي.

وجود تاريخ مرضي لاستئصال الزائدة الدودية

تم ربط التاريخ المرضي لاستئصال الزائدة الدودية بتطور داء كرون لدى بعض المرضى وخصوصاً خلال السنوات الخمس الأولى بعد العملية مع أن النقيض يحدث بالنسبة لالتهاب القولون التقرحي.

تناول بعض الأدوية

وُجد من خلال بعض الدراسات أن تناول المضادات الحيوية في مرحلة الطفولة، أو تعاطي حبوب منع الحمل والأسبرين والأدوية مضادة الالتهاب الستيرويدية يزيد من خطر الإصابة بداء كرون. في حين أن تناول مُخفضات الكوليستيرول من مجموعة الستاتين يقلل من ذلك الخطر.

مجهریات البقعة المعوية

تقطن الأمعاء مستعمرات ميكروبية تتكون من كائنات دقيقة، أو نباتات ميكروبية متعددة مثل: الجراثيم والفيروسات، وغيرها وتسمى «مجهریات البقعة المعوية»، ومن أهمها شعبة العَصَوَانِيَّات (Bacteroides)، وشعبة متينات الجدار (Firmicutes)، حيث تساهم في هضم جزيئات الطعام غير المهضوم، وتَحَلُّل الدهون واستخلاص المعادن الغذائية المهمة من الطعام وتخليق الأحماض الأمينية، وكذلك حماية الأمعاء من المكروبات الضارة وسمومها من خلال تثبيط نموها وتكاثرها بواسطة إفرازها لنواتج أيضية مضادة للمكروبات، ومن ثم منع وصول هذه المكروبات الضارة والسموم إلى الدورة الدموية وإحداث العدوى الجهازية.

وقد وُجد من خلال دراسات متعددة تم فيها فحص براز المرضى ومقارنته ببراز الأصحاء أن هناك دوراً لمجهریات البقعة في الإصابة بالمرض حيث يكون لدى مرضى داء كرون انعدام للتوازن الميكروبي وانخفاض للتنوع الطبيعي لمجهریات البقعة، حيث تقل نسب وجود العصوانيات ومتينات الجدار التي يندرج أسفلها مجموعات ميكروبية مفرزة لمادة البيوترات (Butyrate) التي تحافظ على استقرار الأمعاء وتثبط الوسائط الالتهابية، بينما تزداد نسب الجراثيم المعوية مثل : جراثيم الإشريكية القولونية (E. Coli).

النظام الغذائي

يعتقد بعض العلماء أنه قد يكون هناك نوع من الارتباط بين النظام الغذائي والإصابة بداء الأمعاء الالتهابي الذي من بينه داء كرون بشكل عام، وأن اتباع نظام غذائي غني بالدهون والسكريات وفقير في الفاكهة والخضراوات يعد أحد الروابط المقترحة، وقد توصل هؤلاء العلماء إلى تلك النظريات بعدما قاموا بإجراء بحوث استقصائية واسعة النطاق في هذا الصدد تشمل دراسات متعددة حول تأثير أنماط النظم الغذائية المختلفة على المرضى، وكذلك الأصحاء ممن لديهم نسبة كبيرة من عوامل الخطر، وذلك بغرض معرفة ما إذا كانت أحد هذه النظم تلعب دوراً في تطور المرض. حيث لاحظوا أن معدلات الإصابة بداء الأمعاء الالتهابي كانت في الماضي أقل في الدول التي اعتاد سكانها اتباع أنظمة غذائية قليلة الدهون والسكريات وازدادت عندما اتجه سكانها إلى تناول الأغذية غير الصحية كثيرة الدهون والسكريات بعد العولة والانفتاح على الغرب والانسياق وراء اتجاهات الوجبات السريعة غير الصحية، مثل اليابان. وقد وجد الباحثون أيضاً من خلال دراسات بحثية أخرى وجود صلة

محتملة بين الإصابة بالتهاب القولون التقرحي وتناول الأطعمة التي تحتوي على بعض أنواع الدهون، مثل الدهون المتحولة غير المشبعة الموجودة في الزيوت النباتية مثل: زيت الذرة، وزيت عباد الشمس. وقد يلعب نقص الألياف الغذائية دوراً أيضاً، حيث وجدت دراسة أخرى أن النساء اللاتي تحتوي وجباتهن على كثير من الفاكهة كن أقل عرضة للإصابة بداء كرون، والعكس في حال التهاب القولون التقرحي. ومع ذلك، فإن الصورة العامة لا تزال غير واضحة إذ لم يتم التوصل بعد إلى دليل واضح على أن طبيعة النظام الغذائي وحدها أحد الأسباب القطعية التي قد تؤدي إلى داء كرون، حيث تتعارض بعض نتائج الأبحاث مع بعضها البعض، ولكن يستمر العلماء بشكل دؤوب في البحث والاستقصاء.



الفصل الثاني

الأعراض والمضاعفات

تختلف أعراض الإصابة بداء كرون وفقاً للموضع المتضرر ضمن القناة المعوية و مدى شدة الحالة. وتتشابه أعراض داء كرون في الأطفال مع تلك التي تظهر لدى البالغين، حيث تشتمل الأعراض الشائعة على: الإسهال، وآلم البطن، والحمى، والقىء، والغثيان، وفقد الشهية، والنزف المستقيمي، وكما هو الحال مع داء كرون لدى البالغين، يمكن أن يشمل الالتهاب مواضع مختلفة من الجهاز الهضمي. وعندما يصيب داء كرون الأطفال، فإنه قد يسبب الوهن لديهم ويتداخل مع تطورهم الجسمي، نظراً لأن أجسام الأطفال ما زالت في مرحلة التطور والنمو، وعلى أي حال تنقسم الأعراض إلى نوعين، أعراض داخل نطاق الجهاز الهضمي، وأعراض خارج نطاق الجهاز الهضمي.

الأعراض داخل نطاق الجهاز الهضمي

تشتمل أعراض داء كرون الأكثر شيوعاً على واحد أو أكثر من الآتي:

1. **الإسهال:** وهو العرض الأول الأكثر شيوعاً خصوصاً ذلك الإسهال الذي يتسبب في تقطع النوم أثناء الليل. ويمكن أن تختلف درجته من خفيفة إلى شديدة، كما يمكن كذلك أن يكون متقطعاً أو مستمراً. وفي حالة إصابة اللفائفي، يكون الإسهال عادة شديداً، بينما في حالة إصابة القولون يكون أقل مع وجود مخاط أو دم. ومع ذلك، فليس بالضرورة أن يصاب جميع مرضى داء كرون بالإسهال.

2. **آلم البطن:** ويحدث في حوالي 7 من كل 10 حالات. ويعتمد موضع الألم على أي جزء من القناة الهضمية قد أصيب. إن الجزء الأخير من الأمعاء الدقيقة (اللفائفي) هو الموضع الأكثر شيوعاً. لذلك، يكون الألم عادةً في الجانب السفلي الأيمن من البطن، وقد يحدث الألم بشكل متقطع أو ثابت. وعندما يتطور داء كرون لأول مرة قد يخطئ التشخيص في بعض الأحيان على أنه التهاب الزائدة. ويمكن أن يختلف مدى شدة الألم من شخص لآخر. وأيضاً قد يشير التغيير المفاجئ في نمط الألم أو تفاقم هذا الألم إلى حدوث المضاعفات.

3. فقد الشهية والتعب، وفقد الوزن غير المقصود.

4. الحمى: يصاب المرضى بشكل عام بالحمى نتيجة الالتهاب المصاحب لداء كرون، ولكن عندما تصبح الحمى شديدة، فإن ذلك قد يكون مؤشراً على وجود عدوى شديدة، مثل: الخراج.

5. فقر الدم: ويحدث إذا تم فقد كثير من الدم من خلال الأجزاء المصابة بالجهاز الهضمي.

6. الإمساك: قد يحدث إمساك لدى المرضى، ولكنه عرض لا نمطي، وقد يكون ناتجاً أيضاً عن إحدى مضاعفات داء كرون مثل: التضيق المعوي، إضافة إلى أنه يمكن أن يحدث كعرض جانبي للمكملات الغذائية، مثل مكملات الحديد التي يتناولها المرضى ذوو فقر الدم.

7. قُرَح الفم: حيث تتكون تلك القُرَح بين اللثة والشفاه السفلية عادة، أو على طول جوانب اللسان أو أسفله.

8. التقرُّحات المعدية المعوية: حيث تتقرح بطانة القناة المعدية المعوية؛ مما قد يؤدي إلى حدوث النزف وقد تتم رؤية الدم عند إخراج البراز.

9. الشقوق الشرجية: وهي شقوق أو تمزقات مؤلمة في فتحة الشرج، وتُسبب النزف أثناء التبرز أيضاً.

10. الطغوات الجلدية الشرجية: وهي عبارة عن زوائد جلدية، أو كتل لحمية صغيرة تنمو حول فتحة الشرج.

11. الزحير: وهو الشعور بعدم التفريغ الكامل للبراز بعد التبرز، حتى وإن تم إخراج البراز بالكامل.

الأعراض خارج نطاق الجهاز الهضمي

إن السبب وراء حدوث الأعراض خارج نطاق الجهاز الهضمي لا يزال غير مفهوم، ولكن قد يُعزى ذلك على الأرجح إلى إثارة جهاز المناعة لالتهاب آخر في أجزاء أخرى من الجسم بالتزامن مع الالتهاب القائم في القناة المعدية المعوية. وتتمثل هذه الأعراض الأخرى إلى السكون عندما تستقر أعراض الأمعاء، ولكن هذا ليس هو الحال دائماً. وغالباً ما تظهر تلك الأعراض كمضاعفات لداء كرون كما سنشرح بالتفصيل لاحقاً. وتشمل:

1. التهاب وألم بعض المفاصل.

2. الطفح الجلدي.

3. التهاب العين.
4. التهاب الكبد.
5. فشل النمو وتأخر البلوغ عند الأطفال.
6. اضطرابات الدورة الشهرية (الحيض) لدى النساء.

ملاحظات مهمة:

1. قد لا يكون لدى المريض إسهال إذا كان المرض في الأمعاء الدقيقة فقط.
2. قد يكون هناك ألم مستمر في البطن دون أي أعراض أخرى، وذلك بسبب إصابة داء كرون لمنطقة صغيرة المساحة في الأمعاء الدقيقة.
3. فترات النشاط الشديد للمرض يمكن أن تسيء حالة المريض العامة بشكل كبير جداً.
4. إذا تأثرت أجزاء كبيرة من الأمعاء بداء كرون، قد لا يُمتص الطعام جيداً وقد يصاب المريض بنقص الفيتامينات والمغذيات الأخرى.
5. يتم تصنيف شدة الإصابة بداء كرون من خلال ثلاثة تصنيفات يبينها الجدول الآتي:

جدول يبين تصنيف شدة الإصابة بداء كرون.

إصابة خفيفة إلى متوسطة	إصابة متوسطة إلى شديدة	إصابة شديدة جداً
تظهر على المريض أعراض مثل: • الإسهال المتكرر. • ألم البطن (ولكن المريض لا تزال لديه القدرة على المشي وتناول الطعام بشكل طبيعي). • بينما تختفي العلامات الآتية: • الجفاف. • الحمى الشديدة. • الإيلام عند الضغط على البطن. • وجود كتلة مؤلمة بالبطن. • الانسداد المعوي. • فقد الوزن لأكثر من 10% من الوزن الأصلي.	تظهر على المريض أعراض مثل: • الإسهال المتكرر. • ألم البطن أو الإيلام • عقب الضغط على البطن. • الحمى. • فقد الوزن الملحوظ. • فقر الدم الشديد (وفي بعض الحالات يكون ذلك مصحوباً بالتعب، وضيق النفس، والدوار والصداع).	تظهر على المريض أعراض مستمرة مع إنه يتلقى العلاج المناسب لحالات داء كرون المتوسطة والشديدة مثل: • الحمى الشديدة. • القيء المستمر. • وجود أدلة على الانسداد المعوي (مثل: الألم المستمر بالبطن، وانتفاخ البطن، والإمساك)، وكذلك الخراج. • المزيد من فقد الوزن الشديد.

المضاعفات

من الممكن أن تحدث المضاعفات، لا سيما إذا كانت فترات نشاط المرض متكررة أو شديدة، وتنقسم تلك المضاعفات إلى قسمين كما يلي:

- مضاعفات موضعية: وهي التي تؤثر على الجهاز الهضمي فقط.
- مضاعفات جهازية (مجموعية): وهي التي تؤثر على باقي أجزاء وأجهزة الجسم.

المضاعفات الموضعية

تتضمن المضاعفات الموضعية الآتي:

1. **الخراج:** وهي عبارة عن جيوب مملئة بالقيح تنتج عن العدوى الجرثومية وتنشأ في جدار الأمعاء، ثم تبرز للخارج أو بالقرب من فتحة الشرج، وفي هذه الحالة يصاحبها التورم والمضض (أي: الإيلام الذي يحدث عقب ضغط اليد على موضع الإصابة)، والألم والحمى.

2. **الإسهال المُحدث بواسطة الأملاح الصفراوية:** يصيب داء كرون بشكل شائع منطقة اللفائفي؛ وهي الجزء من الأمعاء المسؤول عن امتصاص 95 % تقريباً من الأحماض (أو الأملاح) الصفراوية التي يقوم الكبد بتخليقها للمساعدة على هضم وامتصاص الدهون، وعند اعتلال هذه المنطقة المعوية بسبب داء كرون، تنتقل الأحماض الصفراوية إلى الأمعاء الغليظة وتحفز حركة الأمعاء وتزيد من إفراز الماء بالقولون؛ مما يسبب الإسهال.

3. **الشقوق الشرجية:** وهي تحدث بسبب تهتك بطانة الشرج أو القناة الشرجية؛ بسبب الإسهال المتكرر أو الإمساك لدى المرضى.

4. **النواسير:** تتكون النواسير عندما يؤدي الالتهاب المزمن إلى تكوين قناة بين منطقتين متجاورتين من الجسم. على سبيل المثال، قد يتكون الناسور بين جزء من الأمعاء الدقيقة وجزء من القولون. ويمكن أن تتكون النواسير أيضاً بين جزء من الأمعاء والأعضاء الأخرى مثل: المثانة أو الرحم. وقد تتسرب محتويات الأمعاء إلى هذه الأعضاء الأخرى. وفي بعض الأحيان قد يتطور الناسور حول الشرج، حيث يمتد من فتحة الشرج، أو المستقيم ليفتح على سطح الجلد بالقرب من فتحة الشرج.

5. **التضيقات المعوية** : وهي أماكن مثخنة في الأمعاء نتيجة تكون النسيج الندبي في جدار الجزء الملتهب؛ مما يؤدي إلى ضيق قطر الأمعاء. ويمكن أن يسبب التضيق المعوي صعوبة في مرور الطعام؛ مما يؤدي إلى الألم وانتفاخ البطن والقيء والإمساك. أو قد يتطور إلى انسداد معوي كامل؛ مما يستدعي التدخل الجراحي العاجل.

6. **الثقوب المعوية**: وهي ثقوب تتشكل في جدار الأمعاء نتيجة التقرحات والالتهابات الشديدة؛ مما يؤدي إلى أن تتسرب محتويات الأمعاء داخل البطن وتسبب عدوى أو خراج، وتكون تلك الحالة خطيرة ومهددة للحياة ما لم يتم التدخل الجراحي الفوري لمعالجتها.

7. **ضعف كفاءة الخملات (الزغابات) المعوية أو تلف أنسجتها**: نظراً لأن المرض يصيب الأمعاء الدقيقة التي تحتوي على الخملات المعوية (الزغابات) التي تعد نتوءات مجهرية في بطانة الأمعاء الدقيقة تشبه أصابع اليد، والمسؤولة عن امتصاص العناصر الغذائية من الطعام، فبعد مرور وقت طويل من الإصابة بالمرض تصبح الأمعاء الدقيقة غير قادرة على امتصاص الكميات الكافية من المغذيات، مما يؤدي إلى الضعف العام والتعب.

8. **فرط (زيادة) نمو الجراثيم بالأمعاء الدقيقة**: توجد بالأمعاء أنواع عديدة من الجراثيم المفيدة التي تساعد على تكسير جزيئات الطعام وهضمه، ولكن إذا زادت نسب تلك الجراثيم عن النسب الطبيعية، فإن ذلك يؤدي إلى امتلاء البطن بالغازات (الانتفاخ)، وآلم البطن، والإسهال.

المضاعفات الجهازية (المجموعية)

ويطلق عليها عادة المضاعفات خارج المعوية، وتشمل:

1. **نقص المغذيات والمعادن الغذائية والفيتامينات**: يتعرض المصابون بداء كرون إلى نقص المغذيات والمعادن الغذائية والفيتامينات المختلفة بسبب سوء الامتصاص الناتج عن التلف الذي ألحقه داء كرون بالأمعاء الدقيقة، وقد يزداد الأمر سوءاً إذا اضطر المريض إلى إجراء جراحة استئصال معوي، لأن قدرته على امتصاص المغذيات المختلفة، والمعادن الغذائية مثل: الحديد والكالسيوم والنحاس والفيتامينات مثل: فيتامين D ستقل بشكل أكبر حينئذٍ، لذلك فمن الضروري تناول المكملات الغذائية. ومن أهم الأمثلة على نقص تلك العناصر الغذائية ما يلي:

• **نقص الحديد**: يشيع نقص الحديد بين الأشخاص المصابين بداء كرون، حيث يمكن أن يحدث ذلك بسبب عدد من العوامل مثل: نقص الحديد أساساً في النظام الغذائي، أو فقد

الدم بسبب النزف، أو الصعوبات في عملية امتصاص الحديد. ويمكن أن يؤدي نقص الحديد إلى فقر الدم، حيث تقل كمية كريات الدم الحمراء التي تحمل الأكسجين حول الجسم. ويسبب فقر الدم التعب، والإرهاق، وضيق النفس، والصداع، والضعف العام. ويمكن معالجة ذلك عن طريق مكملات الحديد الغذائية، حيث توجد إما على هيئة أقراص أو محلول يتم إعطاؤه للمريض عن طريق الحقن داخل الوريد أو عن طريق التسريب. وغالباً ما يعطي الحديد الوريدي فاعلية أفضل مقارنة بالحديد الفموي لدى الأشخاص المصابين بداء كرون. كما قد يساعد أيضاً تناول الأطعمة الغنية بالحديد مثل: اللحوم الحمراء والبيض، والخضراوات الخضراء الداكنة بعد طهيها جيداً، مثل: السبانخ وحبوب الإفطار المدعمة بالحديد قليلة الألياف على التغلب على هذا النقص. ويتم امتصاص الحديد بسهولة أكبر عند تناوله مصحوباً بفيتامين C. ولذلك يجب على المريض على سبيل المثال تناول كوب من عصير البرتقال المصفى مع حبوب الإفطار قليلة الألياف المدعمة بالحديد.

• **نقص فيتامين B12:** يعاني المرضى الذين تم استئصال اللغائفي لديهم، أو الذين لديهم التهاب في هذا الموضع من الأمعاء نقص فيتامين B12؛ مما يؤدي أيضاً إلى شكل من أشكال فقر الدم يسمى «فقر الدم الناتج عن نقص فيتامين B12».

• **نقص فيتامين D:** يشيع أيضاً نقص فيتامين D بين المرضى، وتشير بعض الدراسات إلى أن انخفاض مستويات فيتامين D قد يؤدي إلى زيادة خطر الجراحة والعلاج في المستشفيات، كما قد وجدت دراسات أخرى أن إعطاء مكملات فيتامين D للمصابين بداء كرون يقلل من خطر حدوث نوبات نشاط المرض. وإضافة إلى ذلك فإنه ضروري لجهاز المناعة وصحة العظام، ويمكن الحصول عليه من خلال تناول الأطعمة الغنية به مثل: البيض والأسماك الدهنية، وكذلك عبر التعرض لأشعة الشمس باعتدال في الأوقات المناسبة.

• **نقص الكالسيوم:** يوجد هناك نوع آخر من أنواع نقص العناصر الغذائية التي يعانيها المرضى ألا وهو نقص الكالسيوم. وقد يرجع ذلك إلى ضعف الامتصاص بسبب وجود التهاب في الأمعاء الدقيقة و/ أو نقص الكالسيوم في النظام الغذائي. ويعد الكالسيوم ضرورياً للحفاظ على عظام قوية صحية، ويمكن الحصول عليه من خلال تناول منتجات الألبان، وحبوب الإفطار قليلة الألياف والمدعمة بالكالسيوم، وبعض الخضراوات الورقية المطهية جيداً مثل السبانخ. ومع ذلك، فإن بعض الأشخاص المصابين بداء كرون لا يمكنهم تحمل منتجات الألبان، وبناءً عليه قد يقترح الطبيب على المريض تناول مكملات الكالسيوم الغذائية، خصوصاً إذا كان المريض يتعاطى الستيرويدات التي لها دور في خفض نسبة الكالسيوم في الجسم.

فيتامين B12 في الجسم

الاحتياج اليومي التقريبي لفيتامين B12:
6 ميكروجرام



أعراض النقص



من الأطعمة الغنية بفيتامين B12 التي يستطيع المرضى تناولها



صدر الدجاج المشوي



85 جراماً



سمك التونة



85 جراماً



حبوب الإفطار قليلة الألياف والمدهمة بفيتامين B12



حصة واحدة

شكل يوضح بعض المعلومات عن فيتامين B12

2. المضاعفات المتعلقة بالعظام.

• **التهاب المفاصل:** ويظهر في صورة تورم بالمفاصل مع فقد مرونتها، وهو إحدى المضاعفات الأكثر شيوعاً لدى المرضى، وينقسم إلى ثلاثة أنواع:

- **التهاب المفاصل المحيطي (الطرفي):** وهذا النوع يؤثر على المفاصل الكبرى كما في الذراع والساق مثل: الكوع، والركبة، والرسغ، والكاحل.

- **التهاب المفاصل المحوري:** وهذا النوع يؤثر على العمود الفقري، وخاصة أسفل الظهر

- **التهاب الفقرات الروماتويدي:** وهذا النوع هو أخطر أنواع التهاب المفاصل الفقري

ولحسن الحظ أنه من النادر حدوثه، فالإلى جانب تأثيره على فقرات الظهر، فإنه قد يؤدي إلى التهاب العين، والرئة، وصمامات القلب.

• **تخلخل العظم (هشاشة العظام):** ويحدث ذلك بسبب نقص الكالسيوم نتيجة سوء الامتصاص أو تناول الأدوية التي قد تؤثر على نسبته في الجسم مثل: الستيرويدات التي تُحدث ذلك وفق الآليات التالية:

- تمنع الجسم من امتصاص الكالسيوم الضروري لبناء العظام.

- تحفز طرد الكالسيوم من الجسم من خلال البول.

- تحفز إنتاج الخلايا التي تعمل على تكسير العظام.

- تقلل إنتاج الخلايا المكوّنة للعظام.

- تقلل إنتاج الجسم للإستروجين الذي يحفز تكوين العظم.

3. **المضاعفات المتعلقة بالجلد:** وهي تعد ثاني أكثر المضاعفات الجهازية انتشاراً وتتضمن ما يلي:

• **الحُمَامَى العَقْدَة:** وهي عبارة عن عقيدات صغيرة حُمر مؤلمة تظهر على جلد الساق والكاحل والذراع.

• **تقيح الجلد الغنغريني:** وهو عبارة عن قُرَح مملوءة بالقيح غالباً ما تظهر عقب الرضخ، أو الإصابة الجلدية وعادة ما تظهر على الساقين، ولكن من الممكن ظهورها في أماكن أخرى بالجسم أيضاً.

4. **المضاعفات المتعلقة بالعين:** قد تتطور بعض المضاعفات بالعين مع مرور الوقت وتشمل:

• **التهاب ظاهر الصلبة:** وهو التهاب يصيب الطبقة التي تغطي بياض العين، وقد يصيب عيناً واحدة أو الاثنتين معاً، و يظهر في صورة ألم، وحكة، واحمرار وشعور بالحرق في العين، ولكنه لا يؤثر على جودة الرؤية، ويزول مع معالجة داء كرون.

• **التهاب الصلبة:** وهو التهاب بطبقة بياض العين يسبب ألماً مستمراً يزداد سوءاً كلما حاول المريض تحريك عينيه، إضافة إلى الاحمرار، وعدم وضوح الرؤية والتدميع.

- **التهاب العنبيّة:** وهو من أكثر المضاعفات التي تحدث بالعين شيوعاً، ويُعرف على أنه التهاب مؤلم للعنبيّة، وهي الطبقة الوسطى من العين، ويسبب رؤية ضبابية وحساسية تجاه الضوء واحمراراً بالعين، ويتحسن عقب السيطرة على داء كرون.
 - **اعتلال القرنية:** وهو إحدى المضاعفات النادرة التي تحدث بالعين لدى مرضى داء كرون ويظهر على هيئة تكوّن ترسبات بيضاء، أو رمادية بالقرنية ويسبب ألم العين، والشعور بوجود جسم غريب بها، وقد يضعف الإبصار بدرجة قليلة، ولكن هذا الاعتلال يزول عند معالجة داء كرون.
 - **جفاف العين:** ويحدث ذلك بسبب نقص فيتامين A بسبب سوء عملية الامتصاص بالأععاء؛ مما يؤدي إلى نقص إفراز الدموع، ومن ثم قد يعاني المريض احمرار العين والحكة والعدوى التي تكون شديدة في بعض الأحيان.
 - **مضاعفات أخرى متعلقة بالعين:** مثل التهاب المناطق الأخرى من العين كالشبكية أو المشكلات التي تحدث بسبب تناول الأدوية المعالجة لداء كرون مثل: الستيرويدات التي قد تؤدي إلى الكاتاركت، أو الجلوكوما (وهي حالات مرضية تسبب تغيّماً عدسة العين وضعف الرؤية) عند الاستخدام المطول لها.
5. **المضاعفات المتعلقة بالجهاز البولي:** قد تتأثر بعض الأعضاء ضمن الجهاز البولي مثل: الكلى بداء كرون نظراً لأنها تلعب دوراً مهماً في التخلص من الفضلات، فضلاً عن موقعها القريب من الأمعاء، حيث تظهر المضاعفات التالية:
- **حصوات الأوكسالات:** وهي إحدى المشكلات الشائعة التي قد يعانيها المرضى خصوصاً من أجريت لهم جراحات استئصال لأجزاء من الأمعاء الدقيقة، حيث إن هذه الأمعاء تجد صعوبة في امتصاص الدهون، وبالتالي تتراكم الأخيرة في الأمعاء وترتبط بالكالسيوم تاركة أملاح الأوكسالات ليتم امتصاصها في الكلى فتتراكم بنسبة كبيرة و تكون الحصوات.
 - **حصوات حمض اليوريك:** وهي تتكون نتيجة الجفاف وازدياد امتصاص حمض اليوريك في القولون المصاب بداء كرون، وكذلك زيادة حموضة البول.
 - **موه الكلية:** ويحدث ذلك عندما يتضخم (يتورم) اللفائفي ضاغطاً على الحالب الذي هو عبارة عن الأنبوبة التي تحمل البول من الكلى إلى المثانة، حيث يفشل حينئذٍ تصريف البول، مما يؤدي إلى تضخم الكلية وزيادة تكوّن النسيج الندبي بها.
 - **النواسير:** قد تنشأ نواسير بين الأمعاء وأعضاء الجهاز البولي مثل: المثانة، أو الحالب .

- **الداء النشواني:** ويحدث بسبب الترسيب غير الطبيعي لبروتين يسمى النشواني (Amyloid) في الأعضاء المختلفة مثل: الكلى لدى 1 % من مرضى داء كرون، وهو بذلك ضمن المضاعفات نادرة الحدوث التي تحدث في حالات نشاط المرض الشديدة جداً والمستمرة. وتُعد البيلة البروتينية (أي: نزول البروتينات في البول) علامة مميزة للداء النشواني، ويتم أخذ خزعة من الكلية لفحصها لتأكيد التشخيص.

- **التهاب كببيات الكلى:** وهو إحدى المضاعفات الكلوية النادرة أيضاً، حيث يؤدي إلى إعاقة قدرة الكلى على الترشيح وتنقية الدم.

6. المضاعفات المتعلقة بالكبد: قد يتأثر الكبد إما نتيجة المرض في حد ذاته أو نتيجة العلاج الذي يتلقاه المريض، وتشتمل تلك المضاعفات على التالي:

- **الكبد الدهني:** وذلك عندما لا يستطيع الجسم التعامل مع الدهون بشكل سليم، أو حينما يتلقى المريض العلاج بالستيرويدات، حيث تتراكم الدهون على الكبد.

- **الحصوات الصفراوية:** تقوم المرارة بتخزين العصارة الصفراوية، وهي السائل الذي يعمل على هضم الدهون، مثل الكوليستيرول ليسهل امتصاصها، وعندما يصيب داء كرون اللفائفي مُفقداً إياه القدرة على امتصاص الأملاح الصفراوية لتمر في الدم وتعاود الرجوع مرة أخرى للكبد خلال الدورة الدموية المعوية الكبدية، تخرج الأملاح الصفراوية مع البراز وتقل كميته في الكبد، فيتجمع الكوليستيرول على هيئة حصوات تسد الفتحة ما بين الكبد والقناة الصفراوية، مما قد يؤدي لاحقاً إلى اليرقان.

- **التهاب الكبد:** قد يسبب داء كرون التهاب الكبد، والتهاب الأقنية الصفراوية المصلب الأولي.

7. التهاب البنكرياس: يحدث ذلك كمضاعفات نتيجة الحصوات الصفراوية أو الأدوية، ويصاحب التهاب البنكرياس الألم، والحمى، والقيء، والغثيان.

8. المضاعفات المتعلقة بالنمو البدني: نظراً لأن داء كرون يمكنه أن يصيب أية فئة عمرية، فمن الممكن أن يصاب به الأطفال، وقد يلاحظ الوالدان على طفلهم المريض تأخر البلوغ و التطور الجنسي، كما يُعد زوال التمعدن العظمي إحدى المضاعفات التي يجب

التركيز عليها بشكل كبير عندما يتم تشخيص الطفل بداء كرون وخصوصاً في الحالات الشديدة، ويرجع ذلك إلى عدة أسباب منها سوء امتصاص الكالسيوم وفيتامين D الحاصل لدى المرضى، إضافة إلى أن الاستخدام المطول لمضادات الالتهاب من فئة الستيرويدات في العلاج يؤدي في نهاية المطاف إلى فشل نمو العظام وضعفها، حيث تكون أطوال الأطفال المصابين أقل من أطوال أقرانهم في نفس المرحلة العمرية. ولذلك فإنه من الضروري اتباع غذاء صحي متوازن يساعد على تقليل الأعراض والتحكم فيها لدى الأطفال ودعم نموهم وتطورهم.

9. المضاعفات المتعلقة بالجهاز التناسلي:

- **اضطرابات الحيض لدى النساء:** لوحظ من قبل عديد من النساء اللاتي يعانين داء كرون والتهاب القولون التقرحي وجود تغيرات في الدورة الشهرية (الحيض) لديهن، وفي إحدى الدراسات الاستقصائية التي أُجريت على نساء مصابات بداء الأمعاء الالتهابي، أبلغت أكثر من نصف النساء عن وجود اضطرابات في الدورة الشهرية لديهن شملت غزارة الحيض أو عدم انتظامه (دورات غير منتظمة). ويعتقد نظرياً أن الإجهاد الناتج عن الإصابة بمرض مزمن ما، أو إجراء الجراحة، أو صعوبة تناول الأطعمة المتوازنة يمكنه أن يسبب تغيرات الحيض.
- **التأثير على الخصوبة والحمل والولادة:** يمكن أن يسبب نقص فيتامين B12 وحمض الفوليك مشكلات تتعلق بالخصوبة، خاصة إذا كانت السيدة قد خضعت لجراحة لاستئصال جزء من الأمعاء الدقيقة، أو إذا كانت تتعالج بدواء السلفاسالازين الذي يقلل من امتصاص حمض الفوليك، ولكن فيما عدا ذلك، فإن معدلات الخصوبة لدى النساء المرضيات أثناء فترة سكون المرض - بشرط ألا يكون قد سبق لهن الخضوع إلى جراحة بالحوض - هي نفسها بالنسبة للنساء الأصحاء. ومع أنه لا يوجد خطر متزايد من التشوهات الخلقية للأجنة التي تعاني أمهاتهم داء كرون، إلا أن هناك زيادة لاحتمالية الولادة المبكرة ووفاة الأجنة.

ولكن هذه الأحداث غير المرغوب فيها ترتبط في الغالب بالمرض النشط، وبالتالي فإن السيطرة الكافية على نشاط المرض قبل الحمل وأثنائه أمر بالغ الأهمية. وأيضاً، إذا كانت السيدة مصابة بداء كرون وتخطط للحمل، أو إن كانت حاملاً بالفعل، ينبغي عليها أن تقوم بإعلام الطبيب بذلك ليتأكد من أن الأدوية التي تتناولها لا تتعارض مع الحمل حتى لا يتسبب ذلك في مضاعفات ثانوية للمرض مثل: تشوهات الأجنة، أو الإجهاض.

ومع أن المريضة بداء كرون يمكنها أن تلد ولادة طبيعية كحال النساء الصحيحات، إلا أن المريضات، الموشكات على الولادة ممن تعانين داء كرون النشاط المحيط بالشرج قد يخضعن للولادة القيصرية. ومن الضروري تجنب تلقيح حديثي الولادة الذين تَلَقَّتْ أمهاتهم العلاج البيولوجي طول فترة الحمل باللقاحات الحية خلال أول ستة أشهر من العمر، حيث قد يؤدي ذلك إلى إصابتهم فيما بعد بعدوى خطيرة عقب تلقيهم اللقاح.

10. السرطان

- **سرطان القولون:** وهو إحدى المضاعفات نادرة الحدوث التي قد يتعرض لها مريض داء كرون الذين يصيب المرض أمعائهم الغليظة (القولون)، وخاصة السرطان الغُدِّي، ولكن هذا الخطر لا تزداد احتمالية حدوثه إلا بعد مرور أكثر من (7 - 8) سنوات على الأقل منذ التشخيص بداء كرون المسبب للتهاب القولون. ولذلك يجب على المرضى المراقبة المستمرة والفحص الدوري لأمعائهم الغليظة، حتى وإن كانوا بصحة جيدة ، نظراً لأن هذا النوع من السرطان مُخَادِع، وقد لا تظهر على المريض أي أعراض إلا بعد تطور الإصابة بشكل كبير. ويتم فحص القولون من خلال تقنية التنظير المعتمدة على تلوّن الأنسجة، حيث يتم توزيع صبغة الميثيلين الأزرق في أنحاء القولون إذ تمتصها الأنسجة ذات خلل التنسج والتي قد تكون أنسجة من خلايا بالمرحلة ما قبل السرطانية؛ مما يسهل رؤيتها. ومن الممكن أيضاً إجراء التنظير القولوني المعتاد مع أخذ خزعات عشوائية من أجزاء القولون المختلفة، ولكن قد لا يكون ذلك مثالياً في الكشف عن صحة جميع الأنسجة في أنحاء القولون المختلفة. وجدير بالذكر أن موعد إجراء التنظير القولوني لمراقبة القولون يتم تحديده من قبل الطبيب، وذلك اعتماداً على تصنيف الطبيب للمريض في فئة الخطر المناسبة، سواءً كانت فئة أقل عرضة لخطر الإصابة بالسرطان، أو أكثر عرضة لذلك الخطر. ومن عوامل الخطر الأخرى التي تزيد من خطر الإصابة بسرطان القولون:

- زيادة مساحة القولون المتضرر.

- وجود السلائل (Polyps)، وهي عبارة عن زوائد لحمية تنمو داخل القولون.

- وجود تاريخ عائلي للإصابة بالسرطان.

- سرطان الأمعاء الدقيقة: وهو أيضاً إحدى المضاعفات النادرة التي قد يتعرض لها مريض داء كرون ممن يصاب المرض أمعاءهم الدقيقة، لكن لسوء الحظ ، تتعذر مراقبة وفحص الأمعاء الدقيقة بكفاءة لهؤلاء المرضى نظراً لأنها مكان ضيق ومُعقد من الصعب دخوله بالمنظار. ومن هنا، يجب على المريض ذوي المرض الموجود لسنوات طويلة الذين تظهر عليهم أعراض شديدة بصورة فجائية مثل: انتفاخ البطن، أو الإسهال، أو الانسداد المعوي، الذهاب فوراً إلى الطبيب الذي سيقوم بإحالتهم لإجراء التصوير المقطعي المحوسب للتأكد من عدم وجود أية كتل (أورام) معوية.

ملحوظة مهمة:

توصي الدلائل الإرشادية الحالية بضرورة إجراء اختبارات التحري لوجود سرطان القولون بشكل روتيني ابتداءً من عمر 50 عاماً، وبمعدل مرة كل 10 سنوات.



الفصل الثالث

طرق التشخيص والعلاج

يعتمد تشخيص داء كرون على نتائج الفحوص الكيميائية الحيوية والهيستولوجية، وكذلك نتائج التنظير الداخلي و/ أو التصوير الإشعاعي. ومن المهم أخذ تاريخ مرضي مفصل للمريض يشتمل على معلومات عن التاريخ المرضي للعائلة، وما إذا كان المريض يقوم بالتدخين، أو استهلاك الكحول، أو إذا كان قد سافر مؤخراً إلى بلد ما متوطن به بعض الطفيليات المعوية، أو استهلك أطعمة غير صالحة للتناول، كما يجب الأخذ في الحسبان الحالات المرضية الأخرى التي قد تسبب أعراضاً مشابهة لداء كرون، مثل: الإسهال الذي يمكنه أن يحدث بسبب عدم التحمل الغذائي، أو زيادة نمو الجراثيم بالأمعاء، أو الداء البطني، أو زيادة نشاط الغدة الدرقية.

طرق التشخيص

توجد هناك عدة طرق مختلفة يمكن من خلالها تشخيص داء كرون وتشتمل على ما يلي:

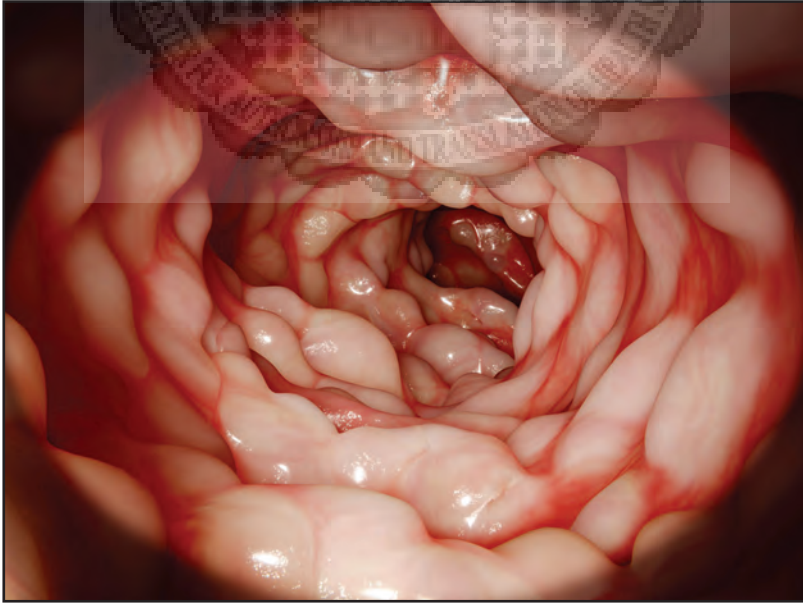
1. **اختبارات الدم:** ويمكنها تقييم مستوى الالتهاب داخل القناة المعوية، وتقييم الحالة التغذوية والحالة العامة للمريض. ومن الشائع وجود نقص في تركيز ألبيومين الدم والفيتامينات المختلفة وخاصة فيتامين B12، وفقر الدم الناتج عن نقص الحديد، وكذلك ارتفاع مستويات البروتين المتفاعل C وسرعة ترسيب (تثفل) الكريات الحمر (ESR)، إضافة إلى كثرة الصفيحات الدموية.

2. **فحص عينات البراز:** وذلك لمعرفة ما إذا كان هناك نشاط التهابي في الأمعاء (الجهاز الهضمي) حيث يتم قياس نسبة بروتين يسمى "الكالبروتكتين" (Calprotectin)، وهو بروتين يتواجد داخل سيتوبلازم نوع من كريات الدم البيضاء يسمى «العدلات» وتزداد نسبته في البراز في حال وجود نشاط التهابي بالأمعاء. ويتم فحص عينات البراز أيضاً للتحقق من وجود جراثيم مختلفة موجودة أحياناً في أمعاء الأشخاص المصابين بداء كرون.

3. **فحص المستقيم والشرج والمنطقة المحيطة به:** وذلك للكشف عن آفات (إصابات) خارجية مثل: (الزوائد الجلدية، أو النتوءات، أو الفوهات الناسورية) أو إصابات داخلية

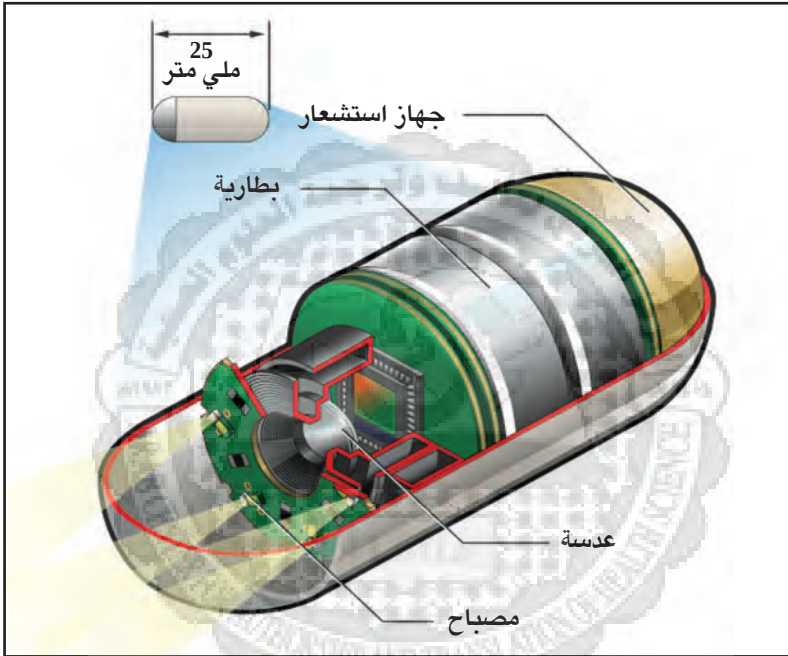
للقناة الشرجية مثل: (الشقوق، والقرح، والتضيقات، والإفرازات) وقد يلجأ الطبيب إلى إدخال أنبوب في المستقيم لفحص القولون السفلي (القولون السيني) والمستقيم فيما يعرف بتنظير السيني. ويمكن أخذ خزعات لفحصها لاحقاً إذا تم اكتشاف ما يدعو للاشتباه.

4. **تنظير القولون:** اعتماداً على مكان ظهور الأعراض، يمكن إجراء عدد من الاختبارات لتأكيد التشخيص ، وتحديد مدى تأثر الأمعاء. على سبيل المثال ، إذا كانت هناك أعراض قادمة من القولون أو اللفائفي ، فقد يتم تنظيرهما باستخدام منظار القولون حيث يتم تمريره عبر الشرج، ليصل إلى القولون أو أبعد قليلاً في اللفائفي، ثم يتم أخذ عينات صغيرة (خزعات) من بطانة أجزاء مختلفة من الأمعاء وفحصها تحت الميكروسكوب، حيث يؤكد المظهر النمطي الخاص بداء كرون للبطانة الداخلية للقولون أو اللفائفي وجود المرض أو عدمه. وإذا كانت لدى المريض أعراض قادمة من الجزء العلوي من القناة الهضمية، فقد يقترح الطبيب تنظير المعدة (التنظير الداخلي). حيث يتم خلال هذا الإجراء تمرير أنبوب رقيق ومرن عبر المريء وصولاً إلى المعدة، مما يسمح للطبيب برؤية ما في الداخل. ويفيد تنظير القولون في تحري وجود السرطان القولوني المستقيمي ومراقبة مدى التئام الغشاء المخاطي أثناء العلاج كما يتم القيام به أيضاً عندما تكون الاختبارات التصويرية غير حاسمة.



شكل يوضح مظهر الأمعاء المصابة بداء كرون خلال المنظار القولوني

5. **التنظير الداخلي باستخدام الكبسولة:** يلعب التنظير الداخلي باستخدام الكبسولة (Capsule Endoscopy; CE) حالياً دوراً مهماً في تشخيص داء كرون، حيث تعد الكبسولة تقنية غير باضعة (أي غير غزوية) أدت إلى تطور ملحوظ في التشخيص التنظيري لأمراض الأمعاء الدقيقة. وهي عبارة عن كبسولة يبتلعها المريض بحجم كبسولات الفيتامينات التقليدية، وتحتوي تلك الكبسولة على كاميرا لاسلكية صغيرة تلتقط آلاف الصور للجهاز الهضمي أثناء مرورها عبر القناة المعوية المعوية، ويتم إرسال تلك الصور فيما بعد إلى جهاز تسجيل مثبت على حزام يرتديه المريض حول خصره.



شكل يوضح الكبسولة المستخدمة في التنظير الداخلي

6. **التصوير بالرنين المغناطيسي:** يعتبر التصوير بالرنين المغناطيسي الطريقة المثلى في التشخيص والمتابعة ويتميز بعدم اعتماده على الإشعاع المؤين، كما يمكنه كذلك اكتشاف أية ثخانة في جدار الأمعاء، إضافة إلى النواسير والتضيقات الليفية وتضخم الغدد والخراج، وذلك بحساسية ونوعية كبيرة. ويتم خلاله إعطاء المريض محلول التباين فموياً، أو عبر الوريد ومن عيوبه طول فترة الإجراء.

7. **التصوير المقطعي المحوسب :** يمثل التصوير المقطعي المحوسب الخيار الأمثل في حالة صعوبة إجراء التصوير بالرنين المغناطيسي كما في حالات رهاب الأماكن المغلقة، أو في الحالات الشديدة التي تتطلب تشخيصاً طارئاً، ويتم إعطاء المريض محلول التباين فموياً أو عبر الوريد، ولكن عيوبه أنه يعتمد على الشعاع المؤين.

8. **تصوير الأمعاء الدقيقة بمساعدة البالون المفرد أو المزدوج:** وذلك من خلال إدخال أنبوب ملحق بكاميرا صغيرة عبر الفم لإتاحة استكشاف وفحص الأمعاء الدقيقة من الداخل بمساعدة البالون مع إمكانية أخذ الخزعات من جدار الأمعاء للفحص الهيستولوجي الإضافي.

9. **التصوير بالموجات فوق الصوتية (السونار):** وهو طريقة تصوير بسيطة ومتاحة بشكل كبير وليس لها أضرار وتستطيع اكتشاف أية ثخانة في جدار الأمعاء، وكذلك تضخم العقد اللمفاوية والمضاعفات الأخرى مثل الخراج، ولكن من عيوبها أنه في بعض الحالات قد يوجد داء كرون في أماكن يصعب تصويرها بالموجات فوق الصوتية. وجدير بالذكر أن تصوير الشرج بالموجات فوق الصوتية ممكناً، وهو الخيار الأمثل في تشخيص المرض المحيط بمنطقة الشرج، كما يساعد أيضاً في تقديم الإرشاد التصويري أثناء التدخلات العلاجية، مثل تصريف الخراج.

10. **الجراحة:** قد يحتاج المريض إلى إجراء جراحة استكشافية لتشخيص داء كرون، وذلك إذا لم يستطع الطبيب استبعاد حالة خطيرة بنفس القدر، مثل: السل (الدرن) داخل البطن.

11. **التصوير بالأشعة السينية للأمعاء:** ويتم ذلك بطريقة خاصة، حيث في حال كان هناك اشتباه بأن الإصابة توجد ضمن الأمعاء الغليظة يتم إعطاء المريض حقنة الباريوم الشرجية، وإذا كان هناك اشتباه في إصابة الأمعاء الدقيقة يتم إعطاؤه وجبة الباريوم، حيث يغطي الباريوم بطانة الأمعاء ويظهر باللون الأبيض على أفلام الأشعة السينية، وبالتالي يمكن ملاحظة المواضع المصابة من الأمعاء. ولكن طريقة التصوير تلك أصبحت تستخدم قليلاً جداً في الوقت الحالي.

طرق العلاج

يتم تحديد العلاج اللازم بناءً على مدى شدة نوبة نشاط المرض ومدى التهابية الجزء المصاب من الجهاز الهضمي وعمر المريض وحالته العامة، والمفاضلة بين الفوائد والأعراض الجانبية للمعالجة، وكذلك رأي المريض نفسه، ويستحسن بدء العلاج في المراكز المتخصصة لأن علاج مثل هذه الأمراض لا يعتمد بالضرورة على وجود طبيب الجهاز الهضمي فقط، ولكن يجب أن يتواجد فريق عمل متخصص، يتضمن فريقاً للجراحة وفريقاً للأشعة التشخيصية والتداخلية، إضافة إلى اختصاصي التغذية نظراً للدور البارز للغذاء في العلاج، وخصوصاً

إذا كان المرضى من الأطفال، وكذلك الاختصاصي الاجتماعي لحل المشكلات الاجتماعية للمريض التي قد يتعرض لها بسبب مرضه، وطاقم التمريض المؤهل للتعامل مع المريض والرد على استفساراته في أي وقت، وهناك بشكل عام اتجاهان رئيسيان للعلاج يتضحان كالتالي:

- **الاتجاه الأول:** وهو عندما ينشط المرض، حيث يكون الهدف الرئيسي للعلاج هو القضاء على الأعراض أو تحريض فترة سكون المرض.
- **الاتجاه الثاني:** وهو عندما يسكن المرض، حيث يتمثل الهدف الرئيسي للعلاج في الحفاظ على سكون المرض.

المعالجة الدوائية

تشتمل الأدوية المستخدمة لمعالجة المرض على ما يلي:

الأدوية من مجموعة 5- أمينوساليسيلات

ومن أمثلتها: السلفاسالازين (Sulfasalazine)، والميسالامين (Mesalamine)، وهي مركبات تعمل على تقليل الالتهابات في بطانة الأمعاء، وتقوم بتحريض سكون المرض وكذلك المحافظة على فترة السكون تلك، وذلك في الحالات الخفيفة إلى المتوسطة. ولكن وفق بعض الدراسات الحديثة، يجب أن يتم الجمع بينها وبين الأدوية الأخرى من أجل الوصول إلى درجة عالية من الفعالية في السيطرة على المرض ومنع تطور المضاعفات. ويتم تعاطيها فمويًا أو عبر المستقيم.

الستيرويدات

وهي تعد الخيار الأمثل لعلاج حالات داء كرون النشطة، حيث تعمل على الحد من الالتهاب ويتم إعطاؤها فمويًا أو جهازياً. ومن الستيرويدات شائعة الاستخدام لمرض كرون البوديسونيد (Budesonide) والبريدنيزولون (Prednisolone). ويتم إعطاؤها من أجل التحسن قصير الأمد للأعراض، وفي حوالي 7 من كل 10 حالات، تتحسن الأعراض في غضون أربعة أسابيع من بدء العلاج، ويمكن إضافة الأدوية الأخرى المثبطة للجهاز المناعي.

ويعد تعاطي الستيرويدات لبضعة أسابيع آمناً. ويكون الهدف الطبي هنا هو علاج أي نشاط للمرض مع الحفاظ على الكمية الإجمالية من العلاج بالستيرويدات على مر السنين عند أدنى مستوى ممكن.

ويتم إنقاص الجرعة تدريجياً بعد تخفيف الأعراض إلى أن يتم إيقافها، حيث إن الإنقاص السريع يتسبب في معدلات عالية من الانتكاسات. بينما يتسبب التوقف الفجائي لها في فشل الغدة الكظرية الحاد. ومع ذلك فإن الستيرويدات ليست فعالة بدرجة كبيرة في الحفاظ على فترة سكون المرض ولها عديد من الآثار الجانبية على المدى القصير والبعيد. وتشمل آثارها الجانبية قصيرة المدى، حب الشباب وتورم الوجه واضطرابات النوم والمزاج وعسر الهضم وعدم تحمل الجلوكوز، بينما تتضمن الآثار الجانبية بعيدة المدى، الكاتاركت (تَغَيُّم عدسة العين) والاعتلال العضلي والعدوى. وهشاشة العظام ولذلك إذا تخطت فترة العلاج أكثر من ستة أسابيع ينبغي أن يتناول المريض جرعات تكميلية من الكالسيوم وفيتامين D.

ومع أنه قد شاع تعاطي الستيرويدات على هيئة أقراص، إلا أن حقن الستيرويدات الشرجية أو التحاميل تعد أيضاً خياراً مناسباً لحالات نشاط المرض المتوسطة التي تشمل الجزء السفلي من الأمعاء الغليظة. كما قد تكون هناك حاجة إلى حقن الستيرويدات مباشرة داخل الوريد في نوبات نشاط المرض الشديدة. ولكن من الجدير بالذكر أن هناك بعض الحالات التي لا تستجيب للعلاج بالستيرويدات.

كاببات (مثبطات) المناعة

أصبحت الأدوية القوية الحديثة التي تكبت (تثبط) جهاز المناعة متوفرة في السنوات الأخيرة. وقد أحدثت هذه الأدوية تأثيراً كبيراً على علاج داء كرون، وهي تعمل على التحكم، في العمليات الالتهابية غير الطبيعية الناتجة عن خلل جهاز المناعة في حال الإصابة بداء كرون. وتستخدم في الحالات الأكثر شدة، وفي الحالات التي لم تساعد فيها المعالجة بالستيرويدات كثيراً، ومن أمثلة كاببات المناعة ما يلي:

الأزاثيوبرين

يعد الأزاثيوبرين (Azathioprine) ضمن الأدوية الأكثر شيوعاً للحفاظ على فترة سكون المرض من مجموعة الثيوبورينات (Thiopurines)، ولكن ليس لتحريضها في الحالات النشطة لداء كرون. ومن عيوبها أنها تتطلب حوالي (6-12) أسبوعاً لتظهر استجابة المريض، كما تحمل عديد من الآثار الجانبية.

الميثوتريكسات

يمكن استخدام عقار الميثوتريكسات (Methotrexate) على حد سواء لتحريض سكون المرض، والمحافظة على استمرار هذه الفترة من السكون. وقد وجد أنه أكثر فعالية في المحافظة على سكون المرض بصورة أكبر من الأزاثيوبرين، وُجد أن حقنه تحت الجلد فعال أيضاً وتبدأ استجابة المريض خلال (8-16) أسبوعاً، لكن ينبغي المداومة على استخدام جرعة تكملية من حمض الفوليك يومياً أثناء العلاج به، ويسبب الميثوتريكسات أعراضاً جانبية شائعة أيضاً، ويُمنع تماماً تعاطيه أثناء الحمل لأنه يسبب الإجهاض وتشوهات الجنين.

العلاجات البيولوجية

إن العلاج البيولوجي عبارة عن بروتينات معدلة وراثياً، حيث يمكنها أن تستهدف مواد كيميائية مناعية معينة تشارك في عملية الالتهاب، وبالتالي تعمل على تحريض سكون المرض والحفاظ على هذا السكون. وفي داء كرون، هناك مادة كيميائية تدعى عامل نخر الأورام من النوع ألفا ($\text{TNF-}\alpha$) وتعد المسؤولة عن عملية الالتهاب. ويقوم العلاج البيولوجي مثل: الإنفليكسيماب (Infliximab) والأداليموماب (Adalimumab) بمنع عمل هذه المادة الكيميائية، وبالتالي قمع نشاط المرض. ويعتبر هذا العلاج خياراً مناسباً في بعض الحالات، على سبيل المثال، في المرضى الذين لا يستجيبون للعلاج بالستيرويدات أو كابتات المناعة؛ أو في بعض الحالات الشديدة. ويجب تقييم حالة المرضى الذين يتعاطون هذه الأدوية كل 12 شهراً لمعرفة ما إذا كانوا لا يزالون بحاجة إليهم.

المضادات الحيوية

تتم المعالجة بالمضادات الحيوية في حالة حدوث مضاعفات إنتانية، أو خراج، أو زيادة نمو الجراثيم، أو المرض المحيط بالشرج، مثل الناسور الملوث بالعدوى. وقد أظهرت دراسة حديثة أن الريفاكسيمين (Rifaximine) بجرعة 800 ملي جرام / يوم يمكن أن يحرض على سكون المرض في الحالات الخفيفة أو متوسطة الشدة وتجري الآن دراسات تأكيدية في هذا الشأن.

التدابير الدوائية العلاجية الحديثة

إن التدابير الدوائية العلاجية لحالات داء كرون تتطور كل يوم ، وهناك أدوية متنوعة جديدة قيد الدراسة و الاستقصاء حالياً وربما تتغير الخيارات العلاجية نحو الأفضل على مدار السنوات المقبلة.

اعتبارات علاجية أخرى

- توصف أقراص الحديد إذا كان المريض مصاباً بفقر الدم.
- يُعطى المرضى الفيتامينات والمكملات الغذائية الأخرى إذا تم استئصال جزء كبير من الأمعاء وأصبحت عملية امتصاص الغذاء ضعيفة.
- قد تكون هناك حاجة إلى الحجز بالمستشفى من أجل الحصول على الدعم الغذائي اللازم من خلال قطرات المغذيات أو السوائل التي تُعطى داخل الوريد. وكذلك عند الحاجة إلى العلاج المكثف في الحالات الشديدة.
- قد تكون هناك حاجة لمسكنات الألم خلال فترات نشاط المرض.
- من المهم تقديم التطعيمات للمصابين بداء كرون لحمايتهم من الأمراض. وخاصة أن العلاج الذي يكبت المناعة لديهم ربما يمنع جهازهم المناعي من العمل بشكل صحيح لمهاجمة المكروبات الضارة.
- عند حدوث الإسهال فإنه في العادة يتوقف عند معالجة الالتهاب القائم في الأمعاء، ولكن في حالة الإسهال الشديد، قد يحتاج المريض إلى علاجات إضافية تساعد على إيقاف الإسهال المتكرر ومعالجة الجفاف الناتج عنه وتعويض السوائل والأملاح المفقودة عن طريق الوريد.

أدوية داء كرون والحمل

إن معظم الأدوية التي تعالج داء كرون آمنة أثناء الحمل و الرضاعة، لكن هناك بعضاً منها يجب تجنبه تماماً في تلك المراحل، أو استخدامه وفق تعليمات وإرشادات محددة ويتضح ذلك من خلال التالي :

1. **الأدوية من مجموعة 5 - أمينوساليسيلات:** وهي لا تسبب أية مضاعفات، أو أضرار على الجنين و كذلك لا تتعارض مع الرضاعة ، و تشمل هذه المجموعة على سبيل المثال: الميسالامين (Mesalamine)، والسلفاسالازين (Sulfalazine). ولكن ينبغي الأخذ في الحسبان أن دواء السلفاسالازين يثبط امتصاص حمض الفوليك من الأمعاء، وبالتالي يقلل من تركيزه في الدم، وبناءً على ذلك ينبغي إعطاء السيدة 2 ملي جرام من مكمل حمض الفوليك يومياً (الجرعة التقليدية للنساء الأصحاء هي 400 ميكروجرام في اليوم

قبل الحمل وخلال الأسابيع الاثنى عشر الأولى من الحمل؛ لأنه يلعب دوراً مهماً جداً في حماية الجنين من السنسنة المشقوقة (وهي تشوه خلقي يظهر على هيئة تشقق بالعمود الفقري). أما بالنسبة للرجال قد يؤدي السلفاسالازين إلى نقص تعداد الحيوانات المنوية، وبالتالي يجب الرجوع إلى الطبيب المختص من أجل الانتقال إلى بدائل أخرى.

2. **الستيرويدات:** مع أن الستيرويدات سواء البريدنيزون (Prednisone) أو غيره تحمل خطورة بسيطة، إلا أن المريضة التي تتعالج بالستيرويدات لا يجب محاولتها للحمل، ولكن إذا حدث الحمل بالفعل، سيقوم الطبيب بتخفيض الجرعة قدر الإمكان، وينبغي متابعة الرضيع جيداً بواسطة اختصاصي الأطفال عند تعاطي الأم جرعات متوسطة، أو مرتفعة من الستيرويدات أثناء الرضاعة.

3. **كاببات (مثبطات) المناعة:** لا تبدو أن تسبب هذه الأدوية مشكلات أثناء الحمل إذا تم استخدامها بالجرعات المعيارية الموصى بها، باستثناء الميثوتريكسات، حيث إنه يسبب تشوهات خلقية، ومميت للأجنة، ولذلك ينبغي وقفه قبل (3-6) أشهر من محاولة الحمل وبالطبع أثناء الحمل. وإذا تناولته الأم أثناء فترة الرضاعة، يجب عليها الامتناع عن إرضاع طفلها لأنه قد يؤدي لوفاة الرضيع إذا وصل إليه عبر حليب الأم. ولا يقتصر تجنب هذا الدواء على النساء بل يجب على الرجال المصابين الذين يتعاطونه ويخططون لإنجاب الأطفال التوقف عن تعاطيه أيضاً قبل (3-6) أشهر من محاولة الإنجاب.

4. **المضادات الحيوية:** ينبغي التوقف عن استخدامها أثناء الحمل قدر الإمكان لأنها قد تعرض الجنين للخطر.

5. **الثاليدوميد:** يعد هذا الدواء نادر الاستخدام حالياً، ولكن ينبغي معرفة أن هذا الدواء قد يُسبب تشوهات خلقية ووفاة للجنين، وينبغي تجنبه تماماً عند التخطيط للحمل.

6. **العلاج البيولوجي:** قد تحمل الأدوية ضمن هذه المجموعة خطورة ضئيلة في بداية الحمل، ولكنها قد تعبر المشيمة بكميات كبيرة في أواخر الحمل، مما يحمل خطورة لاحقة على الجنين عند تلقيه اللقاحات الحية بعد الولادة، ولذلك يطلب الطبيب من المريضة أن تتوقف عن تعاطيها في الثلث الأخير من الحمل.

وجدير بالذكر أن داء كرون يسبب تخفيفاً للأعراض لدى بعض المرضى من الحوامل وذلك على الأرجح بسبب أن الحمل في ذاته يكبت جهاز المناعة من أجل أن يتقبل الجسم نمو جنين بداخله دون أن يهاجمه. وقد يحمي الحمل أيضاً من حدوث نوبات نشاط المرض في

المستقبل ومن الممكن أن يقلل الحاجة إلى الجراحة فيما بعد، وذلك بسبب إفراز جسم الحامل لهرمون الريلاكسين المرخي للعضلات المساء والذي يمنع الانقباضات المبكرة للرحم؛ حيث يعتقد بأنه يقلل فرص تكوّن النسيج الندبي.

المعالجة الجراحية

عادة ما يحتاج عديد من مرضى داء كرون إلى إجراء بعض العمليات الجراحية خلال مسار المرض من أجل إزالة الجزء المتضرر بشدة من الأمعاء، وذلك حينما يفشل المريض في الاستجابة للعلاجات التقليدية، وكذلك قد يتم اللجوء إلى الجراحة في حالات المضاعفات المتقدمة مثل: التضيقات، والنواسير، والخراج. ويجب أن يتم تنفيذ قرار الجراحة من قبل فريق متعدد التخصصات، وأن يكون تحفظياً قدر الإمكان، ويتم إجراؤه في الحالات الآتية:

1. فشل أو عدم تحمل العلاج الدوائي بسبب:

- المضاعفات الدوائية.
- الاعتماد على الكورتيكوستيرويدات.
- مقاومة الكورتيكوستيرويدات.

2. حدوث المضاعفات:

- التضيقات أو الانسداد المعوي.
- الثقوب المعوية.
- النزف الجسيم.
- الخراج.
- النواسير.

3. المرض المحيط بالشرح.

4. الوقاية من سرطان القولون والمستقيم أو علاجه.

أمثلة على الحالات التي تستدعي العمليات الجراحية:

نستعرض فيما يلي أمثلة على الحالات التي تستدعي خضوع المرضى إلى العمليات الجراحية:

1. **داء كرون المسبب للتضيقات المعوية:** نظراً لأنه لا يوجد تدبير علاجي يعكس التغيرات التضيقية الليفية، لذلك يعد الاستئصال الجراحي خياراً مناسباً للمرضى ممن لديهم أعراض انسدادية قائمة. ويكون الهدف هو قطع أقل قدر من الأمعاء بما يسمح بإزالة الانسداد ووصل النهايات الناتجة ببعضها. وقد يكون خيار الاستئصال غير ملائم في حالة ما إذا كان هناك عدد كبير من التضيقات، وبالتالي في هذه الحالات، تتم إزالة التضيق الأكثر وضوحاً مع عمل توسيع للتضيقات الأخرى.

2. **داء كرون المسبب للنواسير:** في حالة النواسير المعوية الداخلية، طالما لا يسبب الناسور مضاعفات مباشرة، فليس هناك حاجة إذن للتدخل الجراحي إلا في حالات نادرة، كما هو الحال عند وجود النواسير المعوية الجلدية، أو النواسير المعوية المهبلية، أو النواسير المعوية المثانية، حيث تتم إزالة الناسور جراحياً.

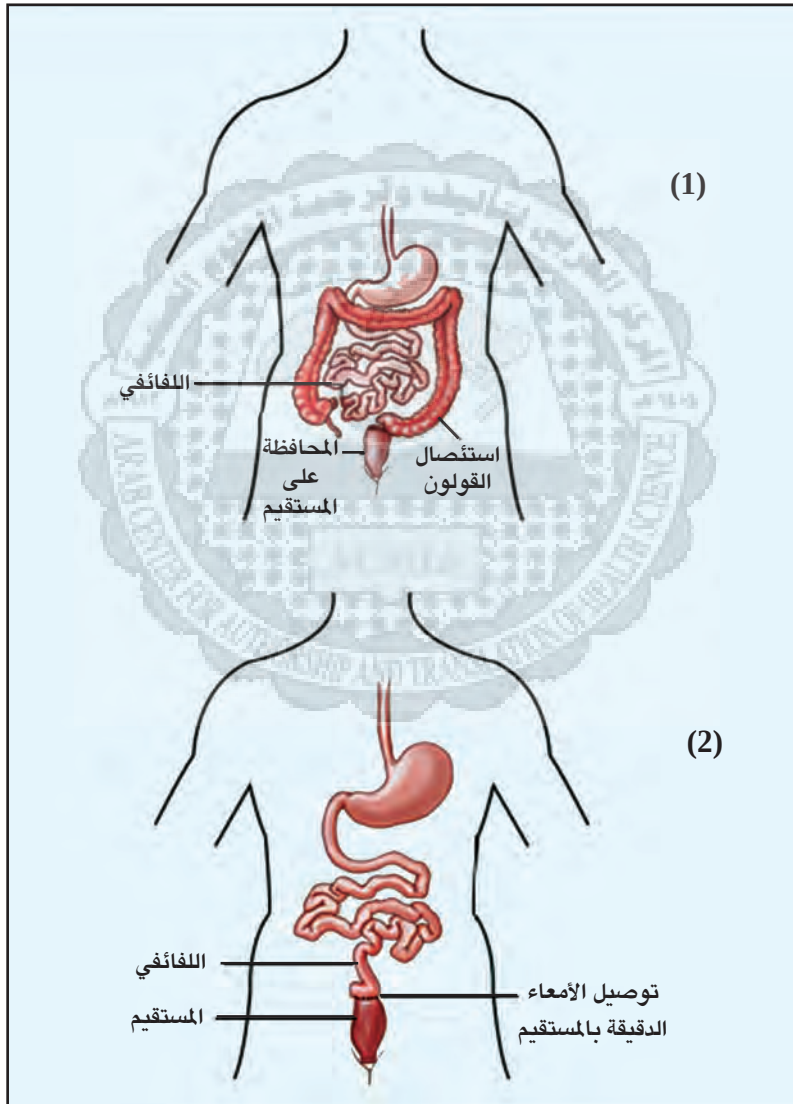
3. **داء كرون الذي يصيب القولون كاملاً:** في بعض الحالات الشديدة جداً، حيث يكون القولون مصاباً بأكمله، قد يتم اللجوء لاستئصال القولون كاملاً وتوصيل الأمعاء الدقيقة بالمستقيم ويتبرز الشخص خلال فتحة الشرج بصورة طبيعية، وذلك عندما تنعدم الاستجابة للعلاج.

4. **داء كرون الذي يصيب القولون والمستقيم والشرج:** في بعض الحالات الشديدة النادرة غير المستجيبة لعلاج، يستدعي الأمر استئصال القولون والمستقيم وفتحة الشرج مع عمل مفاغرة (وصل) لآخر جزء من الأمعاء الدقيقة (اللفائفي) بفتحة في جدار البطن ليتم تركيب كيس بها لتفريغ البراز من خلاله.

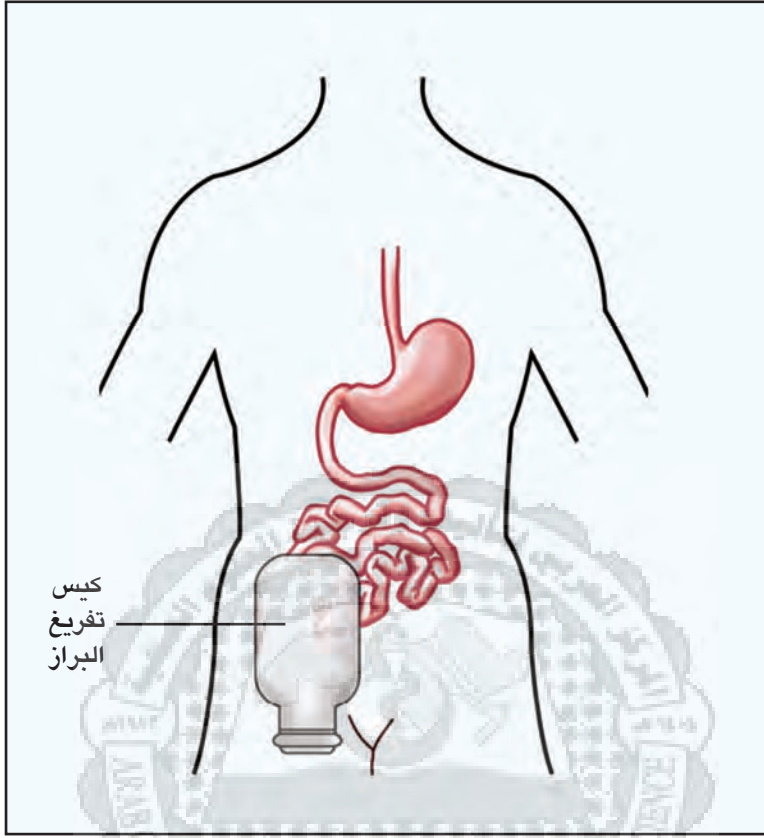
5. **داء كرون المحيط بالشرج:** يمكن أن يتواجد داء كرون المحيط بالشرج على هيئة شقوق شرجية، ونواسير محيطية بالشرج، وخراج محيطية بالمستقيم. وغالباً ما تحتاج الخراجات إلى تدخل جراحي للتصريف، بينما تحتاج النواسير المحيطية بالشرج إلى تركيب خزامة (Seton) وهي عبارة عن خيط دقيق يتم تركيبه داخل الناسور لعدة أسابيع ليعمل على إبقائه مفتوحاً، وذلك من أجل الوقاية من تكوّن التقيحات وليفز تكوين أنسجة ليفية بواسطة الالتهاب الموضعي الذي يسببه فيسهل بعد ذلك إزالة الناسور جراحياً بدون أن تتضرر عضلة الشرج. أما في حالة الشقوق الشرجية، فتتم معالجتها بالأدوية جنباً إلى جنب مع علاج داء كرون، وإذا لم تحدث استجابة، يتم الأخذ في الحسبان جراحة بضع المصرة (وهي جراحة تتضمن توسيع أو إحداث قطع صغير في عضلة الشرج لتخفيف

الضغط على العضلة، وبالتالي يسهل التئام الشقوق) وفي بعض الأحيان يمكن استخدام حقن البوتكس لتخفيف الألم والمساعدة على التئام الشقوق.

إن الوقاية من النكسات بعد العمليات الجراحية تختلف من شخص إلى آخر، ولكن بشكل عام يجب الأخذ في الحسبان القيام بإجراء التنظير الداخلي بعد (3-6) أشهر من الجراحة لتقييم الحالة. وقد توصف المعدلات المناعية و العلاجات البيولوجية بعد الجراحة في بعض الحالات.



شكل يوضح استئصال القولون كاملاً وتوصيل الأمعاء الدقيقة بالمستقيم



شكل يوضح استئصال القولون كاملاً والمستقيم وفتحة الشرج مع عمل
مفاغرة لفائفية دائمة بجدار البطن

التدابير الغذائية

يتطور لدى مرضى داء كرون زيادة لمعدلات الأيض الهديمي (أي: زيادة معدلات الحرق وخصوصاً الدهون بسبب كثرة حاجتهم للطاقة). وكذلك يعانون ارتفاع نسبة سوء التغذية نتيجة إصابة الأمعاء المسؤولة عن امتصاص العناصر الغذائية، لذلك هناك حاجة ملحة لإعطاء المرضى المكملات الغذائية ودعم التغذية، وخاصة قبل الجراحة. وإضافة إلى ذلك، يُنصح بالتغذية المعوية كوسيلة علاجية ابتدائية لتحريض سكون المرض خاصة في المرضى من الأطفال.

ومن الضروري تتبع الأطعمة التي تزيد من الأعراض عن طريق تدوين ما يتم تناوله من طعام على مدار اليوم، وملاحظة أيها قد يؤدي إلى نشاط المرض، وأيها لا يسبب أي ضرر. ويشرح الجدول التالي كيفية تدوين تلك اليوميات بشكل مرتب للتسهيل على المريض تتبع غذائه.

جدول يبين كيفية تدوين يوميات الغذاء

التاريخ (/ /)	الطعام	الأعراض (إسهال ، ألم البطن ، غازات إلخ).
وجبة الإفطار	(.....)	(.....)
الوجبة الخفيفة في منتصف النهار	(.....)	(.....)
وجبة الغداء	(.....)	(.....)
وجبة العشاء	(.....)	(.....)

وإضافة إلى ذلك يجب على المريض الانتباه إلى الملاحظات التالية:

- ضرورة تناول وجبات صغيرة عديدة على مدار اليوم بدلاً من الوجبات الكبيرة محدودة العدد.
- ضرورة أخذ الوقت الكافي لمضغ الطعام بشكل جيد.
- تجنب تناول الأطعمة صعبة الهضم واستبدالها بالأطعمة اللينة والناعمة.
- تجنب شرب المياه الغازية تماماً، وكذلك الامتناع عن تناول الفاكهة غير المقشرة، والمكسرات، والمقليات، واللحوم المصنعة، والبذور، والبطاطم، والقهوة، وال فول، والأطعمة الحارة، والشيكولاتة.
- ضرورة شرب كثير من الماء النقي، وتناول ما يكفي من الخضراوات والفاكهة المناسبة للمرضى، وكذلك اللحوم منزوعة الدهن.
- ضرورة تناول المكملات الغذائية التي تحتوي على الفيتامينات والمعادن الغذائية المهمة، خصوصاً من قبل السيدات الحوامل أو اللاتي تخططن للحمل مع التأكيد على استبعاد المكملات التي تحتوي على تركيزات كبيرة من فيتامين A نظراً لأنه يسبب تشوهات للأجنة.

إذا كان فقد الوزن شديداً أو أصبح نظام المريض الغذائي محدوداً للغاية، فيجب استشارة اختصاصي التغذية للحصول على مساعدته في التوصل إلى خطة غذائية آمنة لعملية الهضم تسمح للمريض بالحصول على ما يكفي من المواد الغذائية والبقاء بصحة جيدة.

التغذية المعوية

تعد التغذية المعوية (النظام الغذائي السائل) أكثر فاعليةً للمرضى الذين يعانون الحالات الشديدة من داء كرون، وكذلك للمرضى من الأطفال لأنها يمكن أن تحسن نمو الأطفال من خلال توفير المواد المغذية المهضومة بسهولة. إضافة إلى أنها قد تقلل من الحاجة إلى تعاطي الستيرويدات عن طريق إراحته للأمعاء والسماح لها بالشفاء، ويتم الاعتماد على هذا النظام لمدة قليلة عادة (2-8) أسابيع. ولا يحتاج متبعوه إلى تناول الطعام العادي أو الشراب لأن النظام الغذائي السائل يوفر لهم جميع العناصر الغذائية الضرورية التي هم بحاجة إليها، لكن من عيوبه أنه قد يسبب الإمساك أو الإسهال للمرضى أثناء اتباعه. ومن غير الشائع عموماً أن يحتاج البالغون إلى التغذية المعوية الخالصة، ولكن قد يكون من المفيد تناول مشروبات تكميلية إلى جانب الطعام العادي للحصول على المزيد من المغذيات. وتتكون المشروبات المستخدمة في التغذية المعوية الخالصة من جزيئات صغيرة بسيطة يسهل هضمها. ويعتمد نوع الشراب على أحجام الجزيئات المستخدمة فيه. على سبيل المثال، هناك بعض الأنواع تحتوي على أحماض أمينية مفردة وهناك أنواع أخرى تحتوي على جزيئات البروتينات الكاملة. إن فعالية هذه الأنواع المختلفة من المشروبات متساوية، كما أنها تتوفر بنكهات مختلفة. وقد يتطلب الأمر لدى بعض المرضى، ولا سيما الأطفال، أن يتم إعطاء السائل عن طريق أنبوب التغذية الأنفي - المعدي دون الحاجة إلى شرب السائل بالفم.

التغذية الوريدية

قد يعاني عدد قليل من الأشخاص المصابين بداء كرون صعوبة شديدة في امتصاص الكميات الكافية من العناصر الغذائية من خلال الأمعاء الدقيقة، خصوصاً بعد استئصال أجزاء متعددة من الأمعاء الدقيقة، لذلك في هذه الحالة قد يكون من الضروري إمداد الجسم بالمغذيات بشكل مباشر داخل مجرى الدم، حيث يتم غرس أنبوب رفيع في الوريد سواءً في منطقة الصدر أو الذراع أو الرقبة، تمر من خلاله المغذيات دون الحاجة إلى عبورها من خلال الجهاز الهضمي.

الأنظمة الغذائية منخفضة الألياف الغذائية / منخفضة البقايا

يتم اللجوء إلى الأنظمة الغذائية منخفضة الألياف الغذائية / منخفضة البقايا، غالباً عند معاناة المرضى الأعراض الشديدة، مثل التضيقات المعوية وذلك لتجنب الانسداد المعوي،

أو قبل أو بعد الخضوع لجراحة بالجهاز الهضمي، حيث تقوم هذه الأنظمة الغذائية بتقليل حركة الأمعاء وتصغير حجم وكمية البراز. وتستطيع هذه الأنظمة أن تمد الجسم باحتياجاته الغذائية اليومية إذا تم تطبيقها واتباعها بالصورة الصحيحة. لكن قد يتسبب الاعتماد المطول على هذه الأنظمة في نقص الإمداد الكافي بفيتامين C وحمض الفوليك، لذلك يقوم الطبيب بوصف بعض المكملات الغذائية للمريض. وهناك بعض الأطعمة التي يجب تجنبها تماماً أثناء اتباع هذه النظم الغذائية وتشمل ما يلي :

- **منتجات الألبان:** يمكن أن يؤدي الضرر المعوي الناجم عن داء كرون إلى عدم تحمل اللاكتوز، وفي هذه الحالة ، يمكن أن تصبح منتجات الألبان صعبة الهضم، وتزيد من الأعراض مثل: الإسهال، والغازات، وألم البطن.
- **الأطعمة عالية الألياف الغذائية:** قد تسبب الألياف الموجودة في الفاكهة والخضراوات الطازجة مشكلة للمرضى المتبعين لهذه النظم، لأنها كما سبق وأوضحنا يمكن أن تفاقم الإسهال وآلام البطن. وتشمل الأطعمة الغنية بالألياف، الخضراوات من عائلة الملفوف، مثل البروكلي، والقرنبيط ، وكذلك الذرة والحبوب الكاملة.
- **الأطعمة المقلية:** قد تعسر الدهون عموماً وبشكل خاص الدهون المتحولة غير المشبعة الموجودة في الزيوت النباتية عملية الهضم.
- **المكسرات والبذور:** مع أن هذه الأطعمة مفيدة للأشخاص الأصحاء ، إلا أن الذين يعانون ضعف الهضم بسبب داء الأمعاء الالتهابي بشكل عام قد يواجهون صعوبة في هضمها وتحويلها إلى أجزاء صغيرة ذات قوام مناسب يمكن تمريره من خلال القناة الهضمية بسهولة. كما يمكن أيضاً أن تسبب تهيجاً لبطانة الأمعاء.
- **الطماطم:** يجد بعض المرضى صعوبة في تحمل المنتجات التي تحتوي على الطماطم حيث قد تزيد من الأعراض.
- **أغذية أخرى:** يعد جوز الهند الكامل، والفاكهة المجففة والتوت، واللحوم الباردة ، والأطعمة الغنية بالتوابل، والمشروبات الكحولية والكافيين من الأطعمة الأخرى التي يمكن أن تفاقم من أعراض داء كرون، لذا يجب الامتناع عن تناولها.

ونستعرض فيما يلي تفصيلاً لكل من النظام الغذائي منخفض الألياف الغذائية، والنظام الغذائي منخفض البقايا:

النظام الغذائي منخفض الألياف الغذائية

وهو نظام غذائي للمرضى يعتمد على انخفاض نسبة الألياف الغذائية. وتعد الألياف أحد أنواع الكربوهيدرات الموجودة في النباتات والتي يصعب على أجسامنا هضمها. ومع ذلك فإنها تساعد الأمعاء على العمل بشكل طبيعي. إذ أنها تعمل على تليين البراز وجعله أكبر حجماً مما يسهل إخراجها. وتساعد أيضاً على نمو البكتيريا "النافعة" في القولون وتقلل امتصاص الكوليستيرول، كما تبطئ من معدل تكسير الكربوهيدرات الأخرى، مما يساعد على التحكم في مستويات السكر في الدم. ولكن قد يحتاج عدد من الأشخاص المصابين بداء كرون إلى توخي الحذر بشأن كمية الألياف التي يتناولونها. وهناك نوعان مختلفان من الألياف هما: الألياف القابلة للذوبان، والألياف غير القابلة للذوبان.

يتم تكسير الألياف القابلة للذوبان (التي توجد في الفاكهة والخضراوات المقشرة الخالية من البذور والسيقان) بالكامل بواسطة الجراثيم في الأمعاء لتشكيل مادة تشبه الهلام. وتعمل الألياف القابلة للذوبان على إبطاء حركة الطعام خلال الجهاز الهضمي؛ مما قد يقلل بدوره من الإسهال.

أما الألياف غير القابلة للذوبان (الموجودة في البذور ونخالة القمح على سبيل المثال)، فلا يمكن تكسيرها أو هضمها بشكل كامل عن طريق الجهاز الهضمي. وبالتالي، تكون تلك الألياف الجزء الأكبر من البراز، مما يساعده على الخروج من خلال الأمعاء بسهولة أكبر، ولكنها قد تسبب أيضاً الانتفاخ وآلام البطن. لذلك فإن تقليل كمية الألياف غير القابلة للذوبان في نظام المريض الغذائي قد يساعد في تحسين هذه الأعراض، حيث يجب ألا تتعدى (10-15) جراماً في اليوم الواحد.

ويضم النظام الغذائي منخفض الألياف الغذائية: الخبز الأبيض، وحبوب الإفطار قليلة الألياف ومنتجات الأرز، مع تجنب منتجات دقيق (طحين) القمح الكامل ونخالة القمح والحبوب والمكسرات. ومن المسموح به أيضاً شرب العصائر الطبيعية الخالية من الألياف غير القابلة للذوبان، وتناول الفاكهة المقشرة المعلبة أو المطبوخة، وكذلك الخضراوات المطبوخة مع مراقبة مدى تقبل المريض لها، حيث إنه من الممكن أن تسبب بعض الخضراوات والفاكهة المسموح بها بعض الضيق والأعراض غير المرغوب فيها للمريض. إضافة إلى اللحم الطري والمهروس والمطهو جيداً، وتجنب جميع البقوليات المجففة كالفاصوليا والحمص.

النظام الغذائي منخفض البقايا

قد ينصح الطبيب المعالج المريض باتباع نظام غذائي منخفض البقايا في الحالات الشديدة، وذلك للتقليل من إجهاد الجهاز الهضمي. ويمثل مصطلح البقايا، الألياف إضافة إلى المواد الأخرى التي تبقى في القولون بعد انتهاء عملية الهضم. ويتشابه النظام الغذائي منخفض الألياف مع النظام الغذائي منخفض البقايا إلا أن الأخير يتفوق لأنه يستثني بشكل أكبر وأكثر صرامة الأطعمة التي تشكل الجزء الأكبر من البراز؛ مما يؤدي إلى التغوط بشكل أقل تواتراً وأصغر حجماً ويساعد على إزالة أو تخفيف الأعراض التي تسبب ضيقاً للمريض مثل: الانتفاخ، والإسهال، وآلم البطن.

أنظمة غذائية يشيع عنها أنها تحسن المرض

هناك عديد من الأنظمة الغذائية الأخرى التي قد ساعدت بعض المرضى، ولذلك يعتقد أن لها دوراً في التخفيف من أعراض داء كرون ومع ذلك ، هناك قليل جداً من الأبحاث التي أجريت على عديد من هذه الأنظمة، ومن الأمثلة الشائعة لها:

النظام الغذائي المضاد للالتهابات

يعتمد هذا النظام بشكل عام على النظام الغذائي المحدد - وليس المقيد - لاستهلاك الكربوهيدرات، حيث إنه يحد من تناول بعض الكربوهيدرات مثل السكر المكرر، والحبوب التي تحتوي على الجلوتين، وبعض النشويات التي يعتقد أنها تزيد من نمو الجراثيم المحفزة على الالتهاب في الجهاز الهضمي. كما أنه يتضمن تناول البروبيوتيك (أي: المكروبات النافعة)، والأطعمة التي تحتوي على البريبايوتك (أي: المواد الغذائية اللازمة لنمو تلك المكروبات "النافعة")، وذلك بهدف استعادة البيئة مضادة للالتهابات. ونظراً لأنه نظام غذائي حديث نسبياً، فلم يتم إجراء سوى عدد قليل جداً من الأبحاث عليه حتى الآن.

النظام الغذائي الغني بأحماض أوميغا 3 الدهنية

يعتقد أن لأحماض أوميغا 3 الدهنية دوراً هاماً في الحد من الالتهاب. ويمكن الحصول عليها عن طريق تناول بعض الأطعمة مثل زيت الكانولا، وزيت بذر الكتان، والأسماك الدهنية. وهناك دراسات حول بعض الأنظمة الغذائية المنخفضة للغاية في تركيز أوميغا 3 ، ولكنها عالية في أوميغا 6 (الموجود في الذرة والحبوب والبيض)، تقترح أن أوميغا 6 قد تحفز

الالتهاب، وبالتالي فإن اتباع نظام غذائي عالي في أوميغا 3، ولكنه منخفض في أوميغا 6 بناءً على هذه الدراسات قد يكون مفيداً للأشخاص المصابين بداء كرون. ولكن الأبحاث حول هذا الإطار لا تزال متضاربة، وحتى الآن لا يوجد دليل قاطع يُذكر على أن مكملات أوميغا 3 الغذائية مفيدة للمرضى.

النظام الغذائي النباتي، أو شبه النباتي

تشير بعض الأبحاث إلى أن تناول الدهون الحيوانية قد يزيد من خطر الإصابة بداء الأمعاء الالتهابي الذي من ضمن صوره داء كرون. وتقوم حالياً بعض المستشفيات في اليابان بإجراء دراسات حول "النظم الغذائية شبه النباتية"، ولكن في الوقت الحالي لا توجد أدلة كافية تشير إلى أن استبعاد اللحوم من النظام الغذائي هو طريقة للسيطرة على المرض. ومن الضروري إذا رغّب المريض في تجربة النظام الغذائي النباتي، أن يلجأ لاختصاصي التغذية للتأكد من أنه يقوم بإمداد جسمه بجميع العناصر الغذائية الأساسية.

العلاجات العشبية

هناك كثير من العلاجات العشبية التي قد وجد بعض المرضى أنها تساعدهم في تخفيف الأعراض مثل الألفويرا أو الكركم. ومع ذلك، لا تزال الأبحاث جارية حول عديد من تلك العلاجات، ومع أنها قد تساعد بعض الناس، فمن الصعب معرفة ما إذا كان ذلك نتيجة تأثيرها المادي المباشر، أو التأثير النفسي الوهمي عامة (Placebo Effect). هذا إضافة إلى أن كل شخص مختلف عن غيره، وما قد يساعد شخص ما قد لا يكون له أي تأثير على آخر. ومن الضروري جداً معرفة أن العلاجات العشبية ليست منظمة بدقة، مثل الأدوية الموصوفة التقليدية، وقد تكون لها آثار جانبية أخرى خطيرة.

تناول الطعام بعد نوبات نشاط المرض

في أغلب الأحيان بعد نوبة نشاط المرض، قد لا يرغب المريض في تناول الطعام مع أن جسمه بالطبع يحتاج إلى أن يتزود بالمغذيات والسعرات الحرارية، لذلك ينصح اختصاصيو التغذية بضرورة أن يبدأ المريض بمعاودة تناول الطعام مرة أخرى، ولكن على شكل وجبات صغيرة كل (3 – 4) ساعات بدلاً من تناول وجبات كبيرة في الفطار والغداء والعشاء مع مراعاة أن يحدث ذلك ببطء و حذر. ويعد إضافة صنف جديد أو صنفين من الأغذية إلى النظام الغذائي كل بضعة أيام أحد الاستراتيجيات الذكية للتعامل مع داء كرون بعد نوبات نشاط المرض، حيث يتم البدء بالأصناف اللينة، ثم التدرج نحو الأصناف الأكثر صلابة

وينبغي الأخذ في الحسبان قبل إضافة صنف جديد ، رد فعل الجسم سابقاً عندما تناول الشخص ذلك الطعام من قبل (بالعودة إلى تدوينات يوميات الغذاء)، كما يجب الابتعاد عن الأطعمة المحتوية على نسبة كبيرة من الألياف بشكل عام والامتناع نهائياً عن تناول أي ألياف في وجود التضيق المعوي حتى لا تسبب انسداداً معوياً. وفيما يلي أمثلة على الأطعمة التي يمكن تناولها عقب نوبات نشاط المرض:

الفاكهة وعصائر الخضراوات

تعد الفاكهة وعصائر الخضراوات أغذية ذات قيمة عظمى لمن ليس لديهم شهية جيدة للطعام نظراً لأنها تمد الجسم بالفيتامينات والطاقة، إضافة إلى احتوائها على الماء بنسبة كبيرة؛ مما يساعد في الحفاظ على درجه تميّه (رطوبة) الجسم. وينبغي بشكل عام اختيار الأصناف قليلة الألياف لتجنب آلام البطن والانتفاخ والغازات وفي حالة زيادة المحتوى السكري، يجب إضافة المزيد من الماء لتخفيف تركيز السكر، حيث إنه قد يسبب الإسهال. مثال: عصير التفاح: وهو من المشروبات الآمنة سهلة الهضم التي يمكن تناولها مباشرة بعد نوبات نشاط المرض ويحتوي على نسبة قليلة جداً من الألياف غير القابلة للذوبان؛ مما يجعله ملائماً جداً ، إضافة إلى احتوائه على عديد من المغذيات من أهمها البوتاسيوم وفيتامين C.

البيض المطبوخ

يعد البيض المطبوخ سواءً المسلوق أو المخفوق أحد الأغذية الغنية بالبروتينات والحديد وفيتامين D التي يمكن تناولها بعد نوبات نشاط المرض.

الجزر والفاصوليا الخضراء

وهي تعد من الخضراوات الطرية اللينة ذات القيمة الغذائية الكبيرة التي يمكن تناولها بعد نوبات نشاط المرض بعد طهيها وهرسها جيداً.

الدجاج بدون إضافات

يحتوي لحم الدجاج على البروتينات وفيتامينات B والزنك والمعادن الغذائية الأخرى التي تساعد الجهاز المناعي على العمل بشكل جيد، لذلك فهو من الخيارات الصحية أثناء

الأيام الأولى بعد نوبات نشاط المرض. ولكن ينبغي التأكد من أنه ليس متبلاً أو مغموساً في أي من الصلصات التي تحتوي على البهارات حيث يعمل ذلك على معاودة ظهور الأعراض الشديدة مرة أخرى.

الأسماك الدهنية المطهوه بالبخار أو بالشوي

يجب الامتناع نهائياً عن الأطعمة المحضرة بالقلي، حيث إنها تزيد من درجة شدة الأعراض، ولكن أسماك السردين والسالمون والماكريل تعد خيارات رائعة إذا تم تحضيرها بالشوي أو بالبخار، وذلك لأنها مصادر غنية بأحماض أوميغا 3 الدهنية التي تحارب الالتهاب، إضافة إلى احتوائها على وفرة من البروتينات و فيتامين D.

زبدة الفول السوداني الناعمة

يمكن دهن زبدة الفول السوداني الناعمة على قطع الخبز الأبيض وتناولها بأمان حيث تعد تلك الزبدة ومثيلاتها (زبدة اللوز والكاجو) من الخيارات اللذيذة للحصول على كمية البروتين الموصى بها يومياً، ولكن ينبغي الابتعاد عن الأنواع التي تحتوي على قطع صلبة من المكسرات والمضاف إليها السكر، حيث إنها تحفز تهيج الجهاز الهضمي لدى المرضى.

المعكرونة البيضاء

وهي تعد أحد الخيارات المناسبة واللذيذة أيضاً للمرضى، ولكن قبل تناولها يجب التأكد من أن لصاقات التوسيم الخاصة بها تنص على أن محتواها من الألياف لا يتعدى جراماً واحداً لكل حصة تقديم، مع تجنب إضافة صلصة الطماطم إليها نظراً إلى أنها تحتوي على البذور وتزيد من شدة الأعراض، ويمكن إضافة قليل من زيت الزيتون كبديل للصلصة، حيث إنه يساعد على تقليل الالتهابات.

الكانتالوب الناضج

يعد الكانتالوب وأفراد عائلته مثل: البطيخ والشمام من الأصناف سهلة الهضم والقليلة في محتوى الألياف غير القابلة للذوبان فضلاً عن غزارة محتواهم من فيتامين C وفيتامين A، لذلك فإنه يمكن تناولهم بدون أية مشكلات، كما يساهم محتواهم المائي (حيث يمثل الماء حوالي 90 % من حجمهم) في إكسابهم قدرة فائقة على الحفاظ على درجة تميّه (رطوبة) الجسم.

البطاطس

تعد البطاطس أحد الأطعمة المفيدة التي يمكن تناولها من قبل المرضى، وذلك بالطبع بعد إزالة القشرة الخارجية منها أولاً، حيث إنها تحتوي على نسبة كبيرة من الألياف، ثم يتم هرسها جيداً حتى تصبح ناعمة القوام. وتحتوي البطاطس على قيمة غذائية عالية قد لا يعلمها كثير منا؛ إذ أنها مصدر غني بفيتامين C ، والبوتاسيوم، والمغنيزيوم.

الأفوكادو

يحتوي الأفوكادو على عديد من الدهون الصحية التي تقاوم الالتهاب، إضافة إلى قوامه اللين واحتوائه على وفرة من السعرات الحرارية للحصة الواحدة؛ مما يخفف من وطأة نوبات نشاط المرض وفقد المريض المزيد من الوزن.



الفصل الرابع

طرق الوقاية

نظراً لأن السبب المحدد لداء كرون لا يزال غير معروف، حيث إنه يعتقد أنه ينشأ من خلال مجموعة من العوامل المختلفة، فإن الإجراءات الوقائية الدقيقة لتفادي هذا المرض لا تزال غير محددة. ومع ذلك، قد تساعد استراتيجيات نمط الحياة الصحي (التي نستعرضها فيما يلي) على الوقاية من المرض وتقليل احتمالية الإصابة به.

أولاً: تناول الغذاء المتوازن

يلعب النظام الغذائي دوراً مهماً في حياة أي إنسان بشكل عام، حيث يمكن للنظام الغذائي إما أن يوفر للشخص الجسد السليم والحياة الخالية من الأمراض ويجنبه عديد من المشكلات الصحية، أو أن يُسبب له أمراضاً مزمنة كان من الممكن تفاديها إن كان متبعاً لنظام غذائي صحي، ومن هذا المنطلق يتساءل كثير من الناس بطبيعة الحال عما إذا كانت هناك صلة محتملة بين النظام الغذائي وداء الأمعاء الالتهابي تحديداً الذي يشمل داء كرون والتهاب القولون التقرحي. وقد توصل الباحثون إلى أن هذه الأمراض تنجم عن مجموعة من العوامل كما أوضحنا سابقاً، أحدها هو النظام الغذائي.



شكل يوضح إحدى استراتيجيات تناول الغذاء المتوازن

وعلى أي حال، يعد اتباع نظام غذائي يتكون من الأغذية العضوية الصحية، بما في ذلك الفاكهة والخضراوات وكميات معتدلة من البروتين، والدهون الصحية ومنتجات الألبان الخام - مع تجنب الأطعمة المصنعة - الخطوة الأولى لمنع الالتهاب الذي يمكن أن يؤدي إلى داء كرون ومشكلات صحية أخرى. ومع ذلك، إذا كان الشخص مصاباً بهذا المرض بالفعل، فإنه قد يحتاج إلى إجراء تعديلات خاصة على النظام الغذائي الخاص به، لأن بعض الأطعمة والمشروبات التي تعتبر مفيدة للأفراد الأصحاء يمكنها أن تفاقم أعراض المرض لديه. ونستعرض فيما يلي خمس مجموعات رئيسية من العناصر الغذائية التي لا يمكن الاستغناء عنها والتي تساعد الأصحاء في الوقاية من داء كرون:

- 1. الكربوهيدرات:** وهي المصدر الرئيسي للطاقة، وتنقسم إلى نوعين رئيسيين هما: الكربوهيدرات البسيطة، والكربوهيدرات المعقدة. وتتمثل الكربوهيدرات البسيطة في السكريات باختصار، ويمكن الحصول عليها من خلال تناول الفاكهة، والخضراوات، والحليب، وكذلك الحلويات. بينما تشمل الكربوهيدرات المعقدة النشا والألياف، وتوجد في الأطعمة النشوية مثل: الشوفان، والقمح، والبطاطا، والخبز.
- 2. البروتينات:** وهي تُعد عاملاً مهماً لنمو وإصلاح أنسجة الجسم، وتُستخدم كذلك لتخليق الإنزيمات والهرمونات والعضلات، ويمكن الحصول على البروتينات من خلال تناول اللحوم، والدواجن، والبيض، ومنتجات الألبان، والمكسرات والبقول.
- 3. الدهون:** وهي تعد مصدراً مركزاً للطاقة. كما أنها تساعد أيضاً على حماية الأعضاء الداخلية، كما أنها ضرورية للنظام الغذائي وجهاز المناعة، وتساهم في امتصاص بعض الفيتامينات مثل: فيتامين A، E، D، K. ويمكن الحصول على الدهون من خلال تناول اللحوم ومنتجات الألبان والمكسرات والأفوكادو.
- 4. الفيتامينات:** وهي مجموعة من العناصر الغذائية الموجودة بكميات قليلة جداً في الطعام واللازمة من أجل أن تقوم الخلايا بوظائفها بشكل صحيح وتنمو وتتطور. وهناك ثلاثة عشر فيتاميناً أساسياً، لكل فيتامين وظيفة مهمة في الجسم. مثال على ذلك، فيتامين C المهم للأسنان واللثة السليمة والذي يساعد الجسم على امتصاص الحديد والتئام الجروح وتقوية الشعيرات الدموية.

5. **المعادن الغذائية :** وهي عناصر كيميائية موجودة في الغذاء ويحتاجها الجسم بكميات صغيرة لمساعدته بأن يقوم بوظائفه بشكل صحيح، وتشمل: الكالسيوم اللازم لبناء العظام القوية، والحديد اللازم لتكوين كريات خلايا الدم الحمر.

ويمكن أن يساعد الحد من تناول الأطعمة الغنية بالدهون المتحولة غير المشبعة والسكر المكرر، في تقليل خطر الإصابة بداء كرون. وينصح باستبدال تلك الأطعمة بالخضراوات والفاكهة والدهون المشبعة من مصادر حيوانية وأحماض أوميغا 3 الدهنية والألياف. ويجب أن تضاف أيضاً الأطعمة المخمرة تقليدياً إلى وجبات الطعام، لأنها تساعد في تحقيق التوازن بين نسبة الجراثيم النافعة والضارة في الأمعاء، مثل: الروب (الزبادي).

في الواقع، يجب تجنب الأطعمة المصنعة بشكل عام، حيث إنها قد تحتوي على المستحلبات التي تم التوصل إلى وجود رابط بينها وبين كل من داء كرون، والتهاب القولون التقرحي، والتركيز على تناول الأطعمة العضوية الصحية بدلاً منها. وينبغي أيضاً الابتعاد عن الأطعمة المضاف إليها النكهات، والألوان الاصطناعية، والمواد الحافظة لأنها قد تؤدي أيضاً إلى الالتهاب وتمهد الطريق للأمراض المزمنة بشكل عام. ومن الجدير بالذكر أن هناك بعض الأطعمة يجب على مريض داء كرون تجنبها، أو تقليلها، أو تجنبها مع كونها أطعمة صحية تقي من إصابة الأصحاء بالمرض، وذلك لأنها قد تؤدي إلى إجهاد عملية الهضم؛ مما يؤدي إلى تفاقم الأعراض المؤلمة أو زيادة حالات الإصابة. ونذكر أمثلة على ذلك: المكسرات النيئة، والألبان، والأطعمة الغنية بالألياف.

ثانياً: الابتعاد تماماً عن التدخين

يُعد التدخين أكبر عامل خطر يمكن تجنبه للوقاية من الإصابة بداء كرون، حيث وجد أن المدخنين الذين أصيبوا بمرض كرون كان لديهم معدل انتكاسات أكبر، وتطلبوا المزيد من الأدوية وتكرار العمليات الجراحية، كما عانوا مضاعفات أكثر شدة، ومما لا شك فيه أنه لن تتحسن صحة جهاز الهضمي فحسب من خلال تجنب التدخين أو وقفه، بل يمكن أيضاً الوقاية من مجموعة الأمراض المزمنة الأخرى، مثل السرطان. ومن المهم أيضاً تجنب التدخين السلبي (أي استنشاق غير المدخنين للدخان الصادر من المدخنين)، نظراً لأن له أثر مشابه لما يسببه التدخين الإيجابي على الصحة.

ماذا سيحدث لجسدك تدريجياً بعد الإقلاع عن التدخين؟



شكل يوضح التأثير الذي يحدث للجسد تدريجياً بعد الإقلاع عن التدخين

ثالثاً: السيطرة على القلق والإجهاد

لا يعتبر القلق والإجهاد في حد ذاتهما سبباً لداء كرون، ولكن تم التوصل إلى وجود تأثيرات لهما على عملية الهضم، حيث إنه عندما يكون الشخص مُجهداً أو يشعر بالقلق، فإن معدل الالتهابات بالجسم يزداد، كما تزداد اضطرابات الجهاز الهضمي، وقد وُجد أن القلق والإجهاد لا يرتبطان بداء كرون فحسب، بل بالأمراض المزمنة الأخرى، مثل السرطان. كما يمكنهما أيضاً أن يعملوا على تفاقم أعراض داء كرون وزيادة عدد نوبات نشاط المرض. ولهذا السبب، يعد استخدام التقنيات الفعالة لمعالجة القلق والإجهاد والتحكم فيهما، مثل ممارسة التمارين الرياضية، والتأمل، وتقنيات التنفس، واليوغا وسائل جيدة للوقاية من المرض.

كيف تسيطر على القلق والإجهاد؟

1 - احظ بقسط كافٍ من النوم.
6 - تقبل حقيقة أن التغيير قد يكون مستحيلاً، فبعض الأمور لا يمكن السيطرة عليها بشكل تام.

2 - مارس الرياضة بانتظام.

3 - خذ نفساً عميقاً كل مرة تشعر فيها بالقلق أو الإجهاد.
7 - الكمال غاية لا تدرك.

4 - تناول وجباتك الغذائية بانتظام، ولا تؤخرها.
8 - احصر الأشياء التي تحفز لديك الشعور بالقلق وقاومها .

5 - حافظ على اتزانك، وكن إيجابياً.
9 - امتنع عن تناول المنبهات بشكل مفرط.



شكل يوضح طرق السيطرة على القلق والإجهاد

رابعاً: شرب ما يكفي من الماء

لا يمكن للأعضاء أن تؤدي وظيفتها بشكل صحيح إذا لم يتم حصول الجسم على ما يكفي من السوائل، ولذلك من المهم شرب ما يكفي من الماء يومياً للوقاية من داء كرون. ومن فوائد الماء أيضاً أنه يعمل على تحسين عملية الهضم بأكملها وتقوية الذاكرة وزيادة التركيز لفترة طويلة. ويمكن التعرف على إذا ما كان الشخص يحصل على كمية كافية من الماء على مدار اليوم عن طريق ملاحظة لون البول، حيث إن اللون الطبيعي يكون أصفر فاتح، بينما يصبح غامق اللون عند قلة شرب الماء. ويجب أيضاً تجنب المشروبات الكحولية والكافيين، خاصة إذا كان لدى الشخص بالفعل عوامل خطر أخرى للإصابة بهذا المرض.



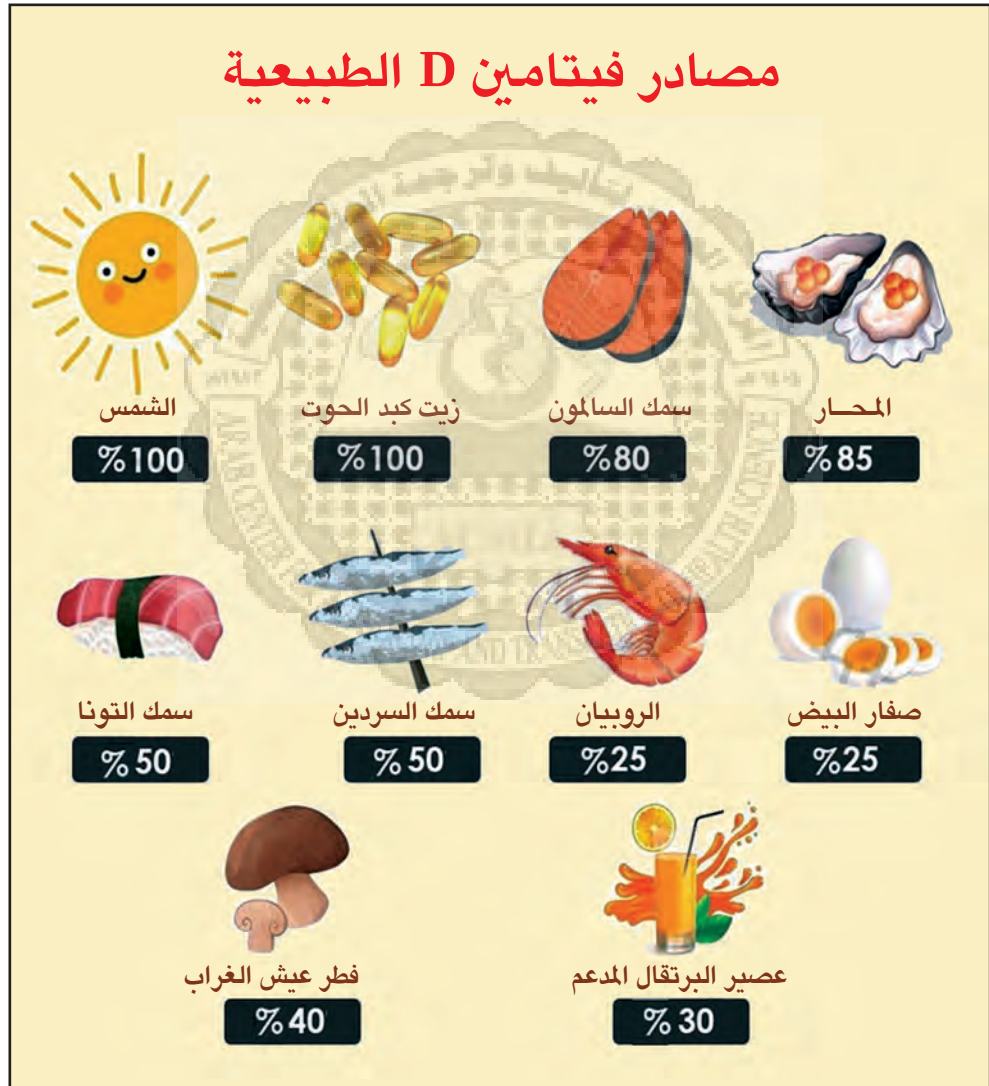
شكل يوضح العلامات التي تدل على حاجة الجسم إلى الماء

خامساً: تحسين مستويات فيتامين D

يعتقد بعض الخبراء أن ربما أحد أسباب الإصابة بداء كرون هو العدوى. ونظراً لأن فيتامين D يساعد الجسم على إنتاج أكثر من 200 ببتيد مضاد للمكروبات مما يساهم في محاربة كل أنواع العدوى، فإن الحفاظ على مستويات فيتامين D في الجسم يُعد استراتيجية بسيطة يمكنها أن تقلل من احتمالية الإصابة بالمرض، وقد أشارت مجموعة من الدراسات الحديثة إلى أن نقص فيتامين D على سبيل المثال له دور بارز في حالة التعب المزمن لدى

المرضى كما أنه يساهم أيضاً في إحداث الانتكاسات لديهم. إن فعالية فيتامين D تماثل تقريباً فعالية أحماض أوميغا 3 الدهنية حيوانية المصدر في مكافحة داء الأمعاء الالتهابي. ويمكن الحصول على فيتامين D من خلال التعرض الآمن لأشعة الشمس، ودون استخدام الكريمات الواقية من الشمس من (15-20) دقيقة، بمعدل ثلاث أو أربع مرات أسبوعياً، إضافة إلى تناول الأطعمة الغنية بهذا الفيتامين، ولكن إذا كان ذلك غير ممكن ، فإن تناول مكمل فيتامين D هو الخيار الأمثل متاح.

مصادر فيتامين D الطبيعية



شكل يوضح مصادر فيتامين D الطبيعية

نقص فيتامين D يصيب الذكور والإناث

أسباب نقص فيتامين D:

- 1 عدم التعرض لأشعة الشمس بشكل كافٍ.
- 2 الأمراض، مثل داء كرون الذي يصيب الأمعاء أو مرض التليف الكيسي.
- 3 استخدام الكريمات الواقية من الشمس.
- 4 عدم تناول أغذية تحتوي على نسبة كافية من فيتامين D.



شكل يوضح أسباب وأعراض نقص فيتامين D

مسار المرض

يعد مسار داء كرون متغيراً، ويعتمد ذلك على أي جزء (أو أجزاء) من الأمعاء قد أصيب، وكم مرة تكررت نوبات نشاط المرض، ومدى شدة هذه النوبات. وتستعرض النقاط التالية أهم ملامح مسار المرض:

- يعاني ثلاثة من كل عشرين مريضاً بداء كرون من فترات نشاط للمرض متكررة و/ أو شديدة.
- قد يتعرض عدد قليل من المرضى إلى نوبة واحدة لنشاط المرض، أو اثنتين خلال حياتهم، ولكن لا تظهر عليهم أي أعراض عدا ذلك.
- يعاني معظم المرضى نوبات لنشاط المرض من وقت لآخر مع بقائهم لفترات طويلة بدون أعراض.
- يكون النشاط الشديد للمرض في بعض الأحيان خطيراً على الحياة إذا ترك دون علاج، حيث قد يؤدي إلى وفاة عدد قليل من المرضى نتيجة للمضاعفات الخطيرة، مثل ثقب القناة الهضمية .

ولقد أحدثت الأدوية كابتة (مثبطة) المناعة الحديثة أثراً كبيراً على تحسين مسار المرض في السنوات الأخيرة، وتشير آخر التقارير إلى أن حوالي 15 شخصاً من كل 20 شخصاً يعانون داء كرون ما زالوا قادرين على ممارسة أنشطتهم اليومية حتى بعد عشر سنوات من التشخيص. لذا، في معظم الحالات، يمكن بمساعدة العلاج، السيطرة على المرض بالدرجة الكافية للحفاظ على حياة شبه طبيعية.

يحتاج ما يصل إلى 8 من كل 10 أشخاص من المصابين بداء كرون إلى إجراء عملية جراحية في مرحلة ما من حياتهم بسبب المضاعفات. وفي حوالي نصف الأشخاص المصابين بداء كرون، قد يستلزم الأمر إجراء جراحة خلال السنوات العشر الأولى من الإصابة بالمرض. ويعد السبب الأكثر شيوعاً للجراحة هو إزالة التضيقات المعوية التي تتشكل. وقد يحتاج بعض المرضى إلى عدة عمليات جراحية في حياتهم. ومع ذلك، هناك بعض الأدلة على أن معدل الجراحة ينخفض بشكل عام بين مرضى داء كرون، وربما يرجع ذلك إلى المعالجات الأكثر تطوراً التي أصبحت متاحة الآن.



المراجع

References

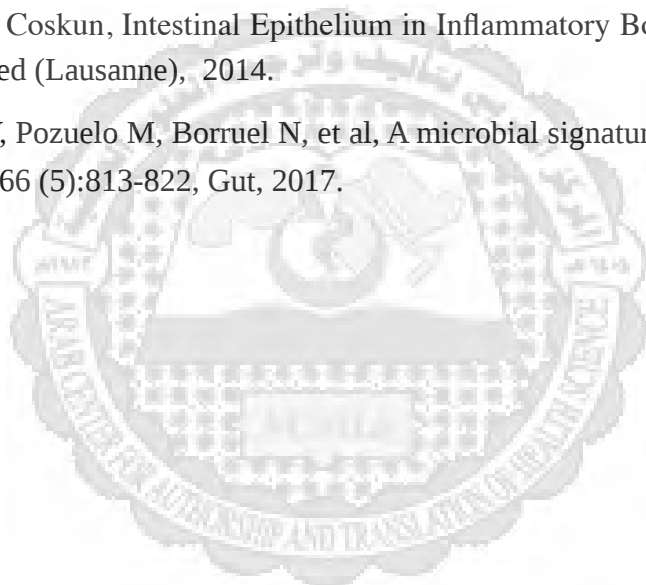
أولاً : المراجع العربية

1. إعداد: طهمان، خلود، مراجعة: فريق جراحة القولون والمستقيم وفريق برنامج القولون العلاجي، تدقيق: سامي عودة ، محمد - و نصيف، ماجد، مرض كرون، مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بالملكة العربية السعودية، خدمات التنقيف الصحي، 2010م.
2. د. باشا، شبانة، داء «كرون» يزداد سوءاً بلا علاج، مقال بجريدة الجريدة الكويتية، 20 أكتوبر، 2015م.
3. مرض كرون، أمراض الجهاز الهضمي، المحتوى التنقيفي بالموقع الإلكتروني لوزارة الصحة السعودية، 2019م.

ثانياً: المراجع الأجنبية

1. Arumugam Rajesh, Rakesh Sinha (eds.), Crohn's disease: current concepts, Springer International Publishing, Switzerland, 2015
2. Ballester Ferré MP, Boscá-Watts MM, Mínguez Pérez M. Enfermedad de Crohn., 151(1):26-33, Med Clin (Barc), 2018.
3. Becker C ,Neurath MF ,Wirtz S, The Intestinal Microbiota in Inflammatory Bowel Disease, ILAR Journal, 2015.
4. Daniel J. Mulder, Angela J. Noble, Christopher J. Justinich, Jacalyn M. Duffin, A Tale of Two Diseases: The history of inflammatory bowel disease, Volume 8, Issue 5, Journal of Crohn's and Colitis, 2014.
5. DI SABATINO A, CORAZZA GR, Surviving too long in Crohn's disease,;49:6-8, Gut, 2001.

6. J Mudter , M F Neurath, Apoptosis of T cells and the control of inflammatory bowel disease: therapeutic implications, 56(2): 293–303, Gut. 2007.
7. Joana Torres, Saurabh Mehandru, Jean-Frédéric Colombel, Laurent Peyrin-Biroulet., Crohn's disease., A Seminar Published Online, November 30, 2016, ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31711-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31711-1)).
8. Joseph D. Feuerstein, and Adam S. Cheifetz, Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management., Mayo Foundation for Medical Education and Research , Mayo Clinic Proceedings, 2017.
9. Mehmet Coskun, Intestinal Epithelium in Inflammatory Bowel Disease, Front Med (Lausanne), 2014.
10. Pascal V, Pozuelo M, Borrue N, et al, A microbial signature for Crohn's disease, 66 (5):813-822, Gut, 2017.



إصدارات المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أولاً : سلسلة الثقافة الصحية والأعراض المعدية

- 1 - الأسنان وصحة الإنسان تأليف: د. صاحب القطان
- 2 - الدليل الموجز في الطب النفسي تأليف: د. لطفي الشربيني
- 3 - أمراض الجهاز الحركي تأليف: د. خالد محمد دياب
- 4 - الإمكانية الجنسية والعقم تأليف: د. محمود سعيد شلهوب
- 5 - الدليل الموجز عن أمراض الصدر تأليف: د. ضياء الدين الجماس
- 6 - الدواء والإدمان تأليف الصيدلي: محمود ياسين
- 7 - جهازك الهضمي تأليف: د. عبدالرزاق السباعي
- 8 - المعالجة بالوخز الإبري تأليف: د. لطيفة كمال علوان
- 9 - التمتع والأمراض المعدية تأليف: د. عادل ملا حسين التركيت
- 10 - النوم والصحة تأليف: د. لطفي الشربيني
- 11 - التدخين والصحة تأليف: د. ماهر مصطفى عطري
- 12 - الأمراض الجلدية في الأطفال تأليف: د. عبيد فوزي محمد عبدالوهاب
- 13 - صحة البيئة تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 14 - العقم: أسبابه وعلاجه تأليف: د. أحمد دهمان
- 15 - فرط ضغط الدم تأليف: د. حسان أحمد قمحية
- 16 - المخدرات والمسكرات والصحة العامة تأليف: د. سيد الحديدي
- 17 - أساليب التمريض المنزلي تأليف: د. ندى السباعي
- 18 - ماذا تفعل لو كنت مريضاً تأليف: د. چاكلين ولسن
- 19 - كل شيء عن الربو تأليف: د. محمد المنشاوي
- 20 - أورام الثدي تأليف: د. مصطفى أحمد القباني
- 21 - العلاج الطبيعي للأمراض الصدرية عند الأطفال تأليف: أ. سعاد الثامر

- 22 - تغذية الأطفال تأليف: د. أحمد شوقي
- 23 - صحتك في الحج تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- 24 - الصرع، المرض.. والعلاج تأليف: د. لطفي الشربيني
- 25 - نمو الطفل تأليف: د. منال طييلة
- 26 - السمّنة تأليف: د. أحمد الخولي
- 27 - البُهَاق تأليف: د. إبراهيم الصياد
- 28 - طب الطوارئ تأليف: د. جمال جودة
- 29 - الحساسية (الأرجية) تأليف: د. أحمد فرج الحسانين
- 30 - سلامة المريض تأليف: د. عبدالرحمن لطفي عبد الرحمن
- 31 - طب السفر تأليف: د. سلام محمد أبو شعبان
- 32 - التغذية الصحية تأليف: د. خالد مدني
- 33 - صحة أسنان طفلك تأليف: د. حبابة المزيدي
- 34 - الحلل الوظيفي للغدة الدرقية عند الأطفال تأليف: د. منال طييلة
- 35 - زرع الأسنان تأليف: د. سعيد نسيب أبو سعدة
- 36 - الأمراض المنقولة جنسياً تأليف: د. أحمد سيف النصر
- 37 - القشطرة القلبية تأليف: د. عهد عمر عرفة
- 38 - الفحص الطبي الدوري تأليف: د. ضياء الدين جماس
- 39 - الغبار والصحة تأليف: د. فاطمة محمد المأمون
- 40 - الكاتاركت (السادّ العيني) تأليف: د. سُرى سبع العيش
- 41 - السمّنة عند الأطفال تأليف: د. ياسر حسين الحصري
- 42 - الشخير تأليف: د. سعاد يحيى المستكاوي
- 43 - زرع الأعضاء تأليف: د. سيد الحديدي
- 44 - تساقط الشعر تأليف: د. محمد عبدالله إسماعيل
- 45 - سن الإياس تأليف: د. محمد عبيد الأحمد

- 46 - الاكتئاب تأليف: د. محمد صبري
- 47 - العجز السمعي تأليف: د. لطفية كمال علوان
- 48 - الطب البديل (في علاج بعض الأمراض) تأليف: د. علاء الدين حسني
- 49 - استخدامات الليزر في الطب تأليف: د. أحمد علي يوسف
- 50 - متلازمة القولون العصبي تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش
- 51 - سلس البول عند النساء (الأسباب - العلاج) تأليف: د. عبد الرزاق سري السباعي
- 52 - الشعرانية «المرأة المُشعّرة» تأليف: د. هناء حامد المسوكر
- 53 - الإخصاب الاصطناعي تأليف: د. وائل محمد صبح
- 54 - أمراض الفم واللثة تأليف: د. محمد براء الجندي
- 55 - جراحة المنظار تأليف: د. رُلى سليم المختار
- 56 - الاستشارة قبل الزواج تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
- 57 - التثقيف الصحي تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
- 58 - الضعف الجنسي تأليف: د. حسان عدنان البارد
- 59 - الشباب والثقافة الجنسية تأليف: د. لطفي عبد العزيز الشرييني
- 60 - الوجبات السريعة وصحة المجتمع تأليف: د. سلام أبو شعبان
- 61 - الخلايا الجذعية تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- 62 - ألزهايمر (الخرف المبكر) تأليف: د. عبير محمد عدس
- 63 - الأمراض المعدية تأليف: د. أحمد خليل
- 64 - آداب زيارة المريض تأليف: د. ماهر الخاناتي
- 65 - الأدوية الأساسية تأليف: د. بشار الجمال
- 66 - السعال تأليف: د. جُلمنار الحديدي
- 67 - تغذية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تأليف: د. خالد المدني
- 68 - الأمراض الشرجية تأليف: د. رُلى المختار
- 69 - النفايات الطبية تأليف: د. جمال جوده

- 70 - آلام الظهر تأليف: د. محمود الزغبى
- 71 - متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) تأليف: د. أيمن محمود مرعى
- 72 - التهاب الكبد تأليف: د. محمد حسن بركات
- 73 - الأشعة التداخلية تأليف: د. بدر محمد المراد
- 74 - سلس البول تأليف: د. حسن عبد العظيم محمد
- 75 - المكملات الغذائية تأليف: د. أحمد محمد الخولي
- 76 - التسسم الغذائي تأليف: د. عبد المنعم محمود الباز
- 77 - أسرار النوم تأليف: د. منال محمد طيلة
- 78 - التطعيمات الأساسية لدى الأطفال تأليف: د. أشرف إبراهيم سليم
- 79 - التوحد تأليف: د. سميرة عبد اللطيف السعد
- 80 - التهاب الزائدة الدودية تأليف: د. كفاح محسن أبو راس
- 81 - الحمل عالي الخطورة تأليف: د. صلاح محمد ثابت
- 82 - جودة الخدمات الصحية تأليف: د. علي أحمد عرفه
- 83 - التغذية والسرطان وأسس الوقاية تأليف: د. عبد الرحمن عبيد مصيقر
- 84 - أنماط الحياة اليومية والصحة تأليف: د. عادل أحمد الزايد
- 85 - حرقة المعدة تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش
- 86 - وحدة العناية المركزة تأليف: د. عادل محمد السيبي
- 87 - الأمراض الروماتزمية تأليف: د. طالب محمد الحلبي
- 88 - رعاية المراهقين تأليف: أ. ازدهار عبد الله العنجري
- 89 - الغنغرينة تأليف: د. نيرمين سمير شنودة
- 90 - الماء والصحة تأليف: د. لمياء زكريا أبو زيد
- 91 - الطب الصيني تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 92 - وسائل منع الحمل تأليف: د. نورا أحمد الرفاعي
- 93 - الداء السكري تأليف: د. نسرين كمال عبد الله

- 94 - الرياضة والصحة تأليف: د. محمد حسن القباني
- 95 - سرطان الجلد تأليف: د. محمد عبد العاطي سلامة
- 96 - جلطات الجسم تأليف: د. نيرمين قطب إبراهيم
- 97 - مرض النوم (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. عزة السيد العراقي
- 98 - سرطان الدم (اللوكيميا) تأليف: د. مها جاسم بورسلي
- 99 - الكوليرا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. أحمد حسن عامر
- 100 - فيروس الإيولا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. عبد الرحمن لطفي عبد الرحمن
- 101 - الجهاز الكهربائي للقلب تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 102 - الملاريا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. أحمد إبراهيم خليل
- 103 - الأنفلونزا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 104 - أمراض الدم الشائعة لدى الأطفال تأليف: د. سندس إبراهيم الشريدة
- 105 - الصداع النصفي تأليف: د. بشر عبد الرحمن الصمد
- 106 - شلل الأطفال (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 107 - الشلل الرعاش (مرض باركنسون) تأليف: د. سامي عبد القوي علي أحمد
- 108 - ملوثات الغذاء تأليف: د. زكريا عبد القادر خنجي
- 109 - أسس التغذية العلاجية تأليف: د. خالد علي المدني
- 110 - سرطان القولون تأليف: د. عبد السلام عبد الرزاق النجار
- 111 - قواعد الترجمة الطبية تأليف: د. قاسم طه السارة
- 112 - مضادات الأكسدة تأليف: د. خالد علي المدني
- 113 - أمراض صمامات القلب تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 114 - قواعد التأليف والتحرير الطبي تأليف: د. قاسم طه السارة
- 115 - الفصام تأليف: د. سامي عبد القوي علي أحمد
- 116 - صحة الأمومة تأليف: د. أشرف أنور عزاز
- 117 - منظومة الهرمونات بالجسم تأليف: د. حسام عبد الفتاح صديق

- 118 - مقومات الحياة الأسرية الناجحة تأليف: د. عبير خالد البحوه
- 119 - السيجارة الإلكترونية تأليف: أ. أنور جاسم بورحمه
- 120 - الفيتامينات تأليف: د. خالد علي المدني
- 121 - الصحة والفاكهة تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- 122 - مرض سارس (المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة) تأليف: د. مجدي حسن الطوخي
- (سلسلة الأمراض المعدية)
- 123 - الأمراض الطفيلية تأليف: د. غنوب علي الخضر
- 124 - المعادن الغذائية تأليف: د. خالد علي المدني
- 125 - غذاؤنا والإشعاع تأليف: د. زكريا عبد القادر خنجي
- 126 - انفصال شبكية العين تأليف: د. محمد عبدالعظيم حماد
- 127 - مكافحة القوارض تأليف: أ.د. شعبان صابر خلف الله
- 128 - الصحة الإلكترونية والتطبيب عن بُعد تأليف: د. ماهر عبد اللطيف راشد
- 129 - داء كرون تأليف: د. إسلام محمد عشري
- أحد أمراض الجهاز الهضمي الالتهابية المزمنة

ثانياً : مجلة تعريب الطب

- 1 - العدد الأول « يناير 1997 » أمراض القلب والأوعية الدموية
- 2 - العدد الثاني « أبريل 1997 » مدخل إلى الطب النفسي
- 3 - العدد الثالث « يوليو 1997 » الخصوبة ووسائل منع الحمل
- 4 - العدد الرابع « أكتوبر 1997 » الداء السكري (الجزء الأول)
- 5 - العدد الخامس « فبراير 1998 » الداء السكري (الجزء الثاني)
- 6 - العدد السادس « يونيو 1998 » مدخل إلى المعالجة الجينية
- 7 - العدد السابع « نوفمبر 1998 » الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الأول)
- 8 - العدد الثامن « فبراير 1999 » الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الثاني)
- 9 - العدد التاسع « سبتمبر 1999 » الفشل الكلوي
- 10 - العدد العاشر « مارس 2000 » المرأة بعد الأربعين
- 11 - العدد الحادي عشر « سبتمبر 2000 » السممة المشكلية والحل
- 12 - العدد الثاني عشر « يونيو 2001 » الجينوم هذا المجهول
- 13 - العدد الثالث عشر « مايو 2002 » الحرب البيولوجية
- 14 - العدد الرابع عشر « مارس 2003 » التطبيب عن بعد
- 15 - العدد الخامس عشر « أبريل 2004 » اللغة والدماغ
- 16 - العدد السادس عشر « يناير 2005 » الملاريا
- 17 - العدد السابع عشر « نوفمبر 2005 » مرض ألزهايمر
- 18 - العدد الثامن عشر « مايو 2006 » أنفلونزا الطيور
- 19 - العدد التاسع عشر « يناير 2007 » التدخين: الداء والدواء (الجزء الأول)
- 20 - العدد العشرون « يونيو 2007 » التدخين: الداء والدواء (الجزء الثاني)
- 21 - العدد الحادي والعشرون « فبراير 2008 » البيئة والصحة (الجزء الأول)
- 22 - العدد الثاني والعشرون « يونيو 2008 » البيئة والصحة (الجزء الثاني)
- 23 - العدد الثالث والعشرون « نوفمبر 2008 » الألم.. « الأنواع، الأسباب، العلاج »
- 24 - العدد الرابع والعشرون « فبراير 2009 » الأخطاء الطبية

- 25 - العدد الخامس والعشرون « يونيو 2009 »
- 26 - العدد السادس والعشرون « أكتوبر 2009 »
- 27 - العدد السابع والعشرون « يناير 2010 »
- 28 - العدد الثامن والعشرون « أبريل 2010 »
- 29 - العدد التاسع والعشرون « يوليو 2010 »
- 30 - العدد الثلاثون « أكتوبر 2010 »
- 31 - العدد الحادي والثلاثون « فبراير 2011 »
- 32 - العدد الثاني والثلاثون « يونيو 2011 »
- 33 - العدد الثالث والثلاثون « نوفمبر 2011 »
- 34 - العدد الرابع والثلاثون « فبراير 2012 »
- 35 - العدد الخامس والثلاثون « يونيو 2012 »
- 36 - العدد السادس والثلاثون « أكتوبر 2012 »
- 37 - العدد السابع والثلاثون « فبراير 2013 »
- 38 - العدد الثامن والثلاثون « يونيو 2013 »
- 39 - العدد التاسع والثلاثون « أكتوبر 2013 »
- 40 - العدد الأربعون « فبراير 2014 »
- 41 - العدد الحادي والأربعون « يونيو 2014 »
- 42 - العدد الثاني والأربعون « أكتوبر 2014 »
- 43 - العدد الثالث والأربعون « فبراير 2015 »
- 44 - العدد الرابع والأربعون « يونيو 2015 »
- 45 - العدد الخامس والأربعون « أكتوبر 2015 »
- 46 - العدد السادس والأربعون « فبراير 2016 »
- 47 - العدد السابع والأربعون « يونيو 2016 »
- 48 - العدد الثامن والأربعون « أكتوبر 2016 »
- اللقاحات.. وصحة الإنسان
- الطبيب والمجتمع
- الجلد..الكاشف..الساتر
- الجراحات التجميلية
- العظام والمفاصل...كيف نحافظ عليها ؟
- الكلى ... كيف نرعاها ونداويها ؟
- آلام أسفل الظهر
- هشاشة العظام
- إصابة الملاعب « آلام الكتف.. الركبة.. الكاحل »
- العلاج الطبيعي لنزوي الاحتياجات الخاصة
- العلاج الطبيعي التالي للعمليات الجراحية
- العلاج الطبيعي المائي
- طب الأعماق.. العلاج بالأكسجين المضغوط
- الاستعداد لقضاء عطلة صيفية بدون أمراض
- تغير الساعة البيولوجية في المسافات الطويلة
- علاج بلا دواء ... علاج أمراضك بالغذاء
- علاج بلا دواء ... العلاج بالرياضة
- علاج بلا دواء ... المعالجة النفسية
- جراحات إنقاص الوزن: عملية تكميم المعدة ...
- ما لها وما عليها
- جراحات إنقاص الوزن: جراحة تطويق المعدة
- (ربط المعدة)
- جراحات إنقاص الوزن: عملية تحويل المسار
- (المجازة المعدة)
- أمراض الشيخوخة العصبية: تصلب المتعدد
- أمراض الشيخوخة العصبية: مرض الخرف
- أمراض الشيخوخة العصبية: الشلل الرعاش

- 49 - العدد التاسع والأربعون « فبراير 2017 » حقن التجميل: الخطر في ثوب الحسن
- 50 - العدد الخمسون « يونيو 2017 » السيجارة الإلكترونية
- 51 - العدد الحادي والخمسون « أكتوبر 2017 » النحافة ... الأسباب والحلول
- 52 - العدد الثاني والخمسون « فبراير 2018 » تغذية الرياضيين
- 53 - العدد الثالث والخمسون « يونيو 2018 » البهق
- 54 - العدد الرابع والخمسون « أكتوبر 2018 » متلازمة المبيض متعدد الكيسات
- 55 - العدد الخامس والخمسون « فبراير 2019 » هاتفك يهدم بشرتك
- 56 - العدد السادس والخمسون « يونيو 2019 » أحدث المستجدات في جراحة الأورام (سرطان القولون والمستقيم)
- 57 - العدد السابع والخمسون « أكتوبر 2019 » البكتيريا والحياة





ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Building of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopedias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

© COPYRIGHT - 2019

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE**

ISBN: 978-9921-700-48-0

All Rights Reserved, No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or by any means; electronic, mechanical, photocopying, or otherwise, without the prior written permission of the Publisher.

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE
(ACMLS - KUWAIT)**

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + (965) 25338610/5338611

Fax. : + (965) 25338618/5338619

E-Mail: acmls@acmls.org

[http:// www.acmls.org](http://www.acmls.org)

Printed and Bound in the State of Kuwait.



ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION
OF HEALTH SCIENCE - KUWAIT

Health Education Series

Crohn's Disease

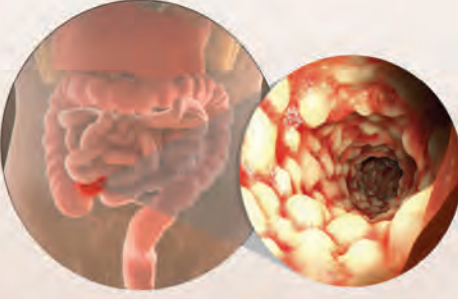
A Chronic Inflammatory Disease of the Gastrointestinal Tract

By

Dr. Islam Mohamed Ashry

Revised by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science



في هذا الكتاب

يعد داء كرون مرضاً التهابياً مزمنًا غير معدٍ يصيب الجهاز الهضمي؛ على الأرجح نتيجة لوجود خلل في جهاز المناعة. ويمكن لذلك الالتهاب أن يشمل مناطق مختلفة من القناة الهضمية. وتتضمن أعراضه بشكل عام: الألم، وانتفاخ البطن، والحمى، والتعب، والإسهال المتكرر الذي قد يكون مصحوباً بدم. ومع مرور الوقت تتطور أعراض أخرى مثل: فقد الوزن، وفقر الدم، والقيء، والاعتلالات الناتجة عن سوء التغذية، كما قد تظهر أعراض خارج نطاق الجهاز الهضمي لدى بعض المرضى مثل: التهاب المفاصل، والتهاب العين، والطفح الجلدي.

ويمكن للأشخاص في أي عمر أن يصابوا بهذا المرض بما في ذلك الأطفال. ولكن عادة ما يتم تشخيص هذه الحالة المرضية ما بين عمر (15-40) عاماً. ويتذبذب مسار هذا المرض ما بين نوبات لنشاط المرض وفترات لسكون الأعراض. وتختلف نوبات نشاط المرض في شدتها ومعدل تكرارها على حسب الشخص. وقد تحدث بعض المضاعفات لدى المرضى مثل: التضيقات، والخراجات المعوية، والنواسير، والحصوات المرارية والكلى وغيرها، لذلك من الضروري استشارة الطبيب فوراً من أجل التشخيص المبكر للتحكم في المرض قدر الإمكان وتجنب المضاعفات.

يناقش هذا الكتاب ماهية داء كرون والأسباب التي يُحتمل أنها قد تؤدي إلى الإصابة به، كما يوضح الأعراض المختلفة التي يعانها المرضى التي تضم أعراضاً داخل نطاق الجهاز الهضمي، إضافة إلى أعراض خارجة، وكذلك المضاعفات المحتملة، كما يستعرض الطرق المختلفة للتشخيص والعلاج. وأخيراً يتناول الكتاب الحديث عن طرق الوقاية من ذلك المرض. نأمل أن يكون هذا الكتاب قد استوفى بالشرح كل ما تطرق إليه فيما يخص داء كرون الالتهابي المزمن، وأن يكون إضافة تُضم إلى المكتبة الطبية العربية.