

الأمراض الهضمية

GASTROENTEROLOGY

الفصل 1

ENDOSCOPY

التنظير الداخلي

تتضمن مضادات الاستطباب لإجراء التنظير الداخلي الهضمي كلاً من : احتشاء العضلة القلبية الحديث والمريض غير المتعاون العنيف وانثقاب الأمعاء.

يكون التنظير المريئي المعدي العضجي (EGD) هو الإجراء المنتقى في الحالات التالية:

- تقييم البلع المؤلم (وجع البلع odynophagia).
- تحديد وجود القرحة الهضمية - إما بشكل بديل عن التصوير الهضمي العلوي الظليل UGI أو عندما يكون UGI غير واضح أو سلبي - ويجرى دائماً قبل جراحة الداء القرصي الهضمي (PUD).
- الإجراءات التشخيصية للجزر المعدي المريئي (GERD) إذا فشلت معالجته الأولية، أو في حال وجود إشارات تحذيرية (انظر الجزر المعدي المريئي).
- الإجراءات التشخيصية للنزف الهضمي العلوي.
- الإجراءات التشخيصية للداء الهضمي خلال الحمل.
- عسرة البلع (بعد بلعة الباريوم).
- عند الحاجة لتقييم ابتلاع جسم أجنبي.
- عسر الهضم المتواصل (تكون النتائج السوية للتنظير المريئي المعدي العضجي ضرورية لتشخيص عسر الهضم غير القرصي).

تصوير المعثكلة والأقنية الصفراوية بالتنظير الباطني بالطريق الراجع (ERCP): يرتفع الأميلاز عند 60% من المرضى بعد إجراء ERCP، ويصاب 5-20% بالتهاب المعثكلة الحاد. عالج المرضى المحتمل إصابتهم بانسداد القناة الصفراوية بواسطة المضادات الحيوية قبل إجراء ERCP. استطبابات الـ ERCP غير محددة، لكنه عادة ما يستخدم في ثلاث حالات:

1. للعثور على حصيات القناة الجامعة التي لم تكشف بالوسائل الأخرى.

2. لمعرفة سبب انسداد القناة المعثكلية.

3. إمكانية تشخيص التهاب معثكلة مزمن.

يشكل التهاب المعثكلة الحاد مضاد استطباب لإجراء ERCP إلا في الحالات التالية:

- الحصيات الصفراوية المنحشرة.
- ضعف التحسن السريري في التهاب المعثكلة الحاد غير الكحولي.
- التهاب الأوعية الصفراوية الصاعد.

يقوم تصوير الأوعية الصفراوية الراجع بإظهار القناة الصفراوية (يمكن استخدام تصوير الأوعية الصفراوية عبر الكبد عن طريق الجلد [PTC] والإيكو والتصوير الطبقي المحوسب وتفريسات PIPIDA أيضاً). يستخدم تصوير المثكلة الراجع لإظهار القناة المعنكية سيتم بحث تنظير القولون لاحقاً.

ESOPHAGUS

المري

DYSPHAGIA

عسرة البلع

ملاحظة: غالباً ما تتظاهر اضطرابات المري بعسرة البلع.

هناك نمطين من عسرة البلع:

1. عسرة البلع النقلية: تنجم عن صعوبة نقل الطعام من الفم للمري، وتنجم عن خلل وظيفة العضلة الفموية البلعومية، كما في التصلب الضموري الجانبي والسكتة الوعائية الدماغية CVA وغيرهما (انظر عسرة البلع العصبية لاحقاً) وتحدث أحياناً مع رجح زنكر.
2. عسرة البلع العبورية: وهي اضطراب في مرور الطعام من أعلى المري للمعدة. وينجم عن مسببات داخلية المنشأ أو خارجية.

عادةً ما تكون بلعة الباريوم هي الفحص الأول المجري لتشخيص عسرة البلع. ويجرى قبل التنظير

بسبب:

1. هناك خطورة لحدوث الانتقاب عند تنظير مريض مصاب بالرتوج أو بانسداد عالي الدرجة.
 2. قد تلغي المعلومات المستنبطة من بلعة الباريوم الحاجة للقيام بالتنظير.
- بعد ذلك نقوم بالتنظير إذا استطب إجراءه.
- عادة ما تجرى دراسات الحركية إذا كان هذان الفحصان سلبيين [تعيد ثانية، الإجراءات التشخيصية لعسرة البلع: 1= بلعة الباريوم، 2= التنظير، 3= دراسات الحركية].

الجدول (1-1): عسرة البلع التشريحية مقابل العصبية.

تعرض الأعراض بـ	الأعراض تكون	الاضطراب الأساسي	
بالأطعمة الصلبة.	متقطعة.	تشريحية.	حلقة Schatzki
الصلبة ثم السائلة.	مترقية.	تشريحية.	التضييق
الصلبة ثم السائلة.	مترقية.	تشريحية.	السرطان
الصلبة والسائلة.	مستمرة لفترة طويلة.	عصبية.	اللاارتخائية
الصلبة والسائلة، خاصة السوائل الباردة.	متقطعة.	عصبية.	تشنج المري المنتشر
الصلبة والسائلة.	مترقية.	عصبية.	تصلب الجلد

ACHALASIA

اللاإرتخائية

عادة ما تحدث اللاإرتخائية بسبب غياب أو قصور تمعجات العضلات المريئية الملساء وازدياد توتر المعصرة المريئية السفلية (LES). عادةً ما يحدث قلس للطعام عند المرضى بعد عدة ساعات من تناول الطعام ضع في ذهنك، خلال الفحص السابق للجراحة، بأن هؤلاء المرضى يكونون على خطورة عالية لحدوث الاستنشاق. يشاهد داء شاغاس Chagas disease في أمريكا الجنوبية - وهو يسبب لاإرتخائية واعتلال عضلة قلبية وكونون عرطل.

التشخيص: أولاً، وكما هو الحال في كل حالات عسرة البلع، قم بإجراء بلعة الباريوم - سيظهر في هذه الحالة مري متوسع ومملوء بالسوائل، مع تضيق أملس مستدق (على شكل منقار الطير) عند الوصل المريئي المعدي (GE). يقوم قياس الضغط بالمانومتر manometry بتأكيد التشخيص بشكل أكبر وذلك بإظهار قصور الحركات التمعجية وزيادة توتر المعصرة المريئية السفلية، كما ذكر سابقاً. يكون التنظير ضرورياً لتأكيد التشخيص ولإستبعاد اللاإرتخائية الثانوية (انظر لاحقاً) الحاصلة بسبب السرطان أو اللمفوما.

تذكر: ثلاثة فحوص:

1. بلعة الباريوم.
2. قياس الضغط بالمانومتر.
3. التنظير.

ملاحظة:

قد لاتظهر الصور في النموذج

الصورة (1-1): اللاإرتخائية.

اشتبه بحدوث اللاإرتخائية الثانوية (سرطان، لمفوما) عندما: تظهر بعد عمر الـ 60 وعندما تكون فترة الأعراض أقل من ستة أشهر وعند حصول نقص في الوزن.

ترتكز معالجة اللاإرتخائية على فتح المعصرة المريئية السفلية، وعادةً ما يتم ذلك باستخدام التوسيع الهوائي pneumatic dilation، ويتم بهذه الطريقة نفخ بالون كبير -4 سم- ضمن المعصرة المريئية السفلية ويقوم بشق فتحة المعصرة هناك خطورة نسبتها 5% لحدوث انثقاب يكون خزع العضلة الجراحي surgical myotomy فعالاً جداً أيضاً ويمكن إجراؤه عن طريق منظار البطن. الديقان الوشيقي Botulinum toxin فعال في 65% من الحالات، لكن نحتاج لإعادة المعالجة بعد 6-12 شهراً. يستخدم كمعالجة بديلة عند المرضى مرتفعي الخطورة تم استخدام حاصرات قناة الكالسيوم والنيترات فيما مضى وتعطي، في أحسن الأحوال، راحة جزئية مؤقتة.

DIFFUSE ESOPHAGEAL SPASM

تشنج المري المنتشر

تشنج المري المنتشر (DES) هو تقلص متزامن غير تمعجي للمري، عادةً ما يتحرض بالسوائل الباردة أو المكربنة. قد تتسبب هذه الحالة بعسرة البلع أو ألم صدري أو كليهما. يكون الألم الصدري لا نموذجياً atypical من حيث الوصف، وهكذا نادراً ما يلتبس مع إقفار العضلة القلبية قد يتسبب الجزر الخفي occult reflux أحياناً بحدوث أعراض مشابهة. عادةً ما تكون بلعة الباريوم سوية، لكنها قد تظهر نموذج المبرام (نازع سدادات الفلين) corkscrew. يثبت قياس الضغط بالمانومتر بإظهار تقلصات متقطعة متزامنة (غير تمعجية). قد يكون ضغط المعصرة المريئية السفلية منخفضاً أو سويماً أو مرتفعاً (أي غير نوعي). المعالجة: فكر بهذه الحالة كما لو أنها متلازمة الأمعاء الهيوجة للمري. أهم عنصر في المعالجة هو طمأنة المريض.

ملاحظة:

قد لاتظهر الصور في النموذج

ANATOMIC OBSTRUCTION

الانسداد التشريحي

يتسبب الانسداد التشريحي بحدوث عسرة بلع مترفقية - تكون على المأكولات الصلبة في البداية ومن ثم على السوائل عندما يشتد. عادةً ما يحدث - عند المرضى صغيري السن - بسبب حلقة شاتزكي (حلقة مريئية سفلية)، بينما عند المرضى الأكبر عمراً، عادةً ما يحدث بسبب سرطان

أو تضيق! دائماً ما يكون لدى مرضى الحلقة المريئية السفلية فتق فرجوي (حجابي)، لكن غير معروف فيما إذا كان للجزر دورٌ في ذلك - تكون الأعراض متقطعة وليست مترفقية. تتضمن المسببات الأخرى للانسداد التشريحي كلاً من:

- تضيقات هضمية بسبب الجزر المعدي المريئي المزمن.
- الكتل المنصفية.
- متلازمة بلومر - فينسون Plummer-Vinson syndrome.
- التضيقات الناجمة عن القلي Lye.
- رتج زنكر.

الصورة (1-3): سرطانة مريئية. ليسار تضيق مريئي شديد، وفي اليمين حلقة شاتزكي.

متلازمة بلومر - فينسون هي ترافق عوز الحديد مع وتيرة البلعوم السفلي الأعراضية (تحدث أعراض التهاب اللسان). غالباً ما تصيب هذه المتلازمة النساء متوسطات العمر. تزداد خطورة السرطان شائك الخلايا عند هؤلاء المرضى.

رغم أن كل مسببات الانسداد التشريحي تكون مترقية، فإن الحلقات تتسبب نموذجياً بحدوث أعراض متقطعة، بينما تكون الأعراض العائدة لوجود السرطان أو التضيقات مترقية بثبات ينبغي أن يصاب 75٪ من محيط المري قبل حدوث الأعراض. تتم معالجة الحلقة المريئية السفلية بواسطة موسعات بالونية هيدروستاتيكية أو بالتوسيع بالشمعات (موسعات مرنة ذات ثخانة متزايدة).

NEUROLOGIC DYSFUNCTION

خلل الوظيفة العصبية

تتسبب الاضطرابات العصبية التي تصيب عملية البلع و / أو الألية التمعجية المريئية بحدوث عسرة بلع على المأكولات الصلبة والسوائل. المثالان هما اللاارتخائية و التشنج المريئي المنتشر. قد تشاهد أي من هاتين الحالتين كأشكال متنوعة للتصلب الجانبي الضموري المبكر (ALS)، بينما قد يحدث التصلب العديد (MS) شلل بصلي فقط. تتضمن الأمثلة الأخرى كلاً من: السكتة الوعائية الدماغية CVA و الباركنسونية و الشلل البصلي (العصبون المحرك السفلي - ALS، MS) و الشلل البصلي الكاذب (العصبون المحرك العلوي - ALS). يتسبب الشلل البصلي بعسرة البلع بسبب الوهن، بينما يتسبب الشلل البصلي الكاذب بحصول عسرة البلع بسبب اضطراب التقلصات يمكن لأي نوع من عسرات البلع أن يتسبب بالاستنشاق. هذا الاستنشاق غالباً ما يكون متحماً جيداً ولا يحتاج للمعالجة، ما لم تظهر مشاكل رئوية قد يعاني هؤلاء المرضى من غصص وتهوع وقلس أنفي عند توقع الاستنشاق قم بإجراء بلعة الباريوم ثلاثية الأطوار لإثبات التشخيص. غالباً ما لا يفيد فغر الرغامى في معالجة الاستنشاق المزمن. قد تتطلب الحالة وضع أنبوب معدي عبر الجلد percutaneous endogastric tube (PEG).

SCLERODERMA

تصلب الجلد

التصلب الجهازى المترقي (PSS، تصلب الجلد) هو أكثر أمراض النسيج الضام التي تصيب المري شيوعاً حيث يكون < 80٪ من المرضى المصابون بـ PSS لديهم إصابة مريئية) وتتسبب (كما في اللاارتخائية) بنقص حتى غياب التقلصات التمعجية، إضافة إلى انخفاض ضغط LES (ليس كما في اللاارتخائية). تكون اللوحة السريرية عضلية عصبية مع عسرة بلع مترقية على المأكولات الصلبة والسائلة يتسبب انخفاض ضغط المعصرة المريئية السفلية بحدوث داء جزري معدي مريئي GERD شديد (انظر لاحقاً). قد يتسبب التهاب الجلد والعضل العديد بتأثيرات مشابهة يجب أن يجرى التنظير لهؤلاء المرضى بهدف استبعاد التهاب المري - والذي يحتاج، في حال وجوده، لمعالجة هجومية بمشبطات مضخة البروتون.

Quick Quiz

اختبار سريع

1. هل يستطع التنظير المريئي المعدي العفجي لعسرة البلع المستمرة؟ ما هي استجاباته؟
2. ما هو الفحص الأول المجرى عادةً لتشخيص عسرة البلع؟
3. ما هي المعالجة الشائعة للإرتخائية؟
4. لأي اضطراب يشير نموذج المبرام المشاهد عند القيام ببلعة البارיום؟
5. ما هو السبب الأكثر احتمالاً لحدوث عسرة البلع المترقية عند المرضى الأصغر عمراً؟ عند الأ-كبر عمراً؟
6. ما هي المعالجة الأكثر فعالية لعلاج التهاب المري؟
7. ما هو أكثر مسبب لألم الصدر غير القلبي؟

ESOPHAGITIS

التهاب المري

غالباً ما يتظاهر التهاب المري بوجع البلع Odynophagia (بلع مؤلم). عند المرضى مكبوتي المناعة، نأخذ الخمج بالاعتبار بصورة خاصة: المبيضات والحلأ البسيط والفيروس المضخم للخلايا والمسببات الجرثومية. المسببات الأخرى هي التشعيع (يزداد بزيادة الجرعة) وابتلاع المواد الأكلالة والمحرض بحبة الدواء.

يكون التهاب المري المحرض بحبة الدواء أكثر ترجيحاً عندما تؤخذ الحبوب دون تناول ماء وعندما يكون المريض مضطجعاً. تلاحظ هذه الحالة خاصةً عند أخذ الأسبرين ASA ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs وDoxycycline وKCl وFeSO₄ وAlendronate (نادراً، يعطى الـ Fosamax لمعالجة تخلخل العظام بعد الضهي) والـ Quinidine. ضع ذلك بعين الاعتبار لدى مريض شاب يتناول أدوية لمعالجة حب الشباب (Doxycycline) مع بدء حاد لوجع البلع (البلع المؤلم). تكون معالجة التهاب المري المحرض بحبة الدواء بإيقاف السبب المحدث له افتراض الإصابة بالمبيضات عند ترافق وجع البلع مع السلاق وعالج الحالة بالـ Fluconazole. للمرضى مثبتي المناعة المصابين بوجع البلع وليس لديهم سلاق، عالج الحالة تجريبياً بالـ Fluconazole، وإذا لم تحصل استجابة خلال بضعة أيام، قم بإجراءات تشخيصية للبحث عن مسببات أخرى.

الصورة (1-6): تضيق مريئي ناجم عن Alendronate.

GE REFLUX DISEASE

داء الجزر المعدي المريئي

نظرة عامة Overview

عادةً ما ينجم الجزر المعدي المريئي عن ارتخاء غير ملائم وعابر للمعصرة المريئية السفلية. يكون الارتخاء العابر (إلى درجة ما) منعكس بسببه شحوم هضمت حديثاً في العفج أو تمدد مفرط للمعدة الفتق الفرجوي هو عنصر آخر – لكنه غير مهم لحدوث الجزر.

يزيد كلاً من الـ motilin والـ acetylcholine ومن المحتمل الغاسترين من ضغط المعصرة المريئية السفلية لذلك فإن الأدوية التي ترفع مستويات هذه الوسائط تعمل على التخفيف من الجزر. تنقص كل من العوامل التالية من ضغط المعصرة المريئية السفلية: البروجسترون (يزيد الحمل من الجزر المعدي المريئي) والشوكلاتة والتدخين وبعض الأدوية، خاصة تلك ذات الخصائص المضادة للكولين.

اشتبه بوجود داء الجزر المعدي المريئي عند المرضى المصابين بسعال متواصل وغير منتج، خاصة عندما يترافق مع بحة وتنظيف متواصل للحلق بالتنحنح والإحساس بامتلاء الحلق عادةً ما يسوء هذا السعال ليلاً عندما يستلقي المريض.

تحدث غالبية آلام الصدر غير القلبية (70%) بسبب الجزر المعدي المريئي. تعزى غالبية آلام الصدر الأخرى المرتبطة بالجهاز الهضمي لاضطرابات حركية. [لاحظ: أنه ليس بالضرورة أن تترافق هذه الآلام بحرقة الفؤاد أو بعسرة البلع].

تتضمن التظاهرات غير المريئية لداء الجزر المعدي المريئي:

- سعال ليلي.
- التهاب حلق متكرر.
- بحة والتهاب حنجرة.
- فقدان ميناء الأسنان.
- سورات ربو.

تبين هذه التظاهرة الأخيرة جانباً مثيراً للاهتمام جداً للجزر المعدي المريئي -علاقته الواضحة مع الربو. يظهر بعض مرضى الربو - حتى وإن لم تظهر عليهم أعراض GERD - تحسناً في أعراضهم الربوية بمعالجة الجزر المعدي المريئي. اسأل دوماً عن أعراض الربو، عند القيام بالإجراءات التشخيصية للجزر المعدي المريئي - خاصة تلك التي تحدث ليلاً.

المضاعفات: قرحات مريئية وتضيقات ونزف ومري باريت (سيبحث لاحقاً).

تشخيص الجزر المعدي المريئي Diagnosis of GERD

إذا كان المريض مصاباً بالأعراض النمطية لحرقة الفؤاد فقط، عندها نبتدئ الإجراءات التشخيصية بالتجربة العلاجية. يستطب التنظير إذا فشلت هذه التجربة فقط (انظر الشكل 1-1).

العلامات المنذرة - التي تشير للحاجة للتنظير عند مريض الجزر المعدي المريئي:

- الغثيان / القيء.
- عسرة البلع / وجع البلع.
- وجود دم في البراز.
- قصة عائلية للقرحة الهضمية.
- خسارة الوزن.
- فحص فيزيائي شاذ.
- قهيم.
- فقر دم.
- ألم صدري غير قلبي.
- أعراض مستمرة لفترة طويلة أو متكررة، خاصة عندما يحصل ذلك عند ذكر فوقازي بعمر < 45 سنة.
- عدم الاستجابة للمعالجة المعتادة.

تستطيع أن تقوم بتصوير المري بالباريوم قبل التنظير، إذا كان لدى المريض أعراض انسدادية. ملاحظة: 62% من المرضى المصابين بأعراض الجزر المعدي المريئي يكون لديهم مري سوي تدعى هذه الحالة بالتهاب المري غير التآكلي nonerosive esophagitis أو (NERD)!

قم بمراقبة pH المري خلال 24 ساعة للحالات غير النمذجية مثل:

1. أعراض معدة وتنظير مريئي معدي عسجي سوي.
2. عند وجود بحة أو سعال أو ألم صدري غير نمذجي، لكن لا وجود للأعراض الاعتيادية للجزر المعدي المريئي.
3. فشل الاستجابة لمثبطات مضخة البروتون.

يتشابه مراقب الPh مع مراقب Holter في أن المريض يدون توقيت الأعراض اليومية ومن ثم يتم تحليل توقيت الأعراض اليومية ونتائج مراقب الpH لتحديد فيما إذا كان هناك ارتباط بينهما. يستخدم فحص بيرنشتاين Bernstein test أحياناً لتقييم الألم الصدري غير النمذجي. تكون نتيجة الفحص إيجابية إذا أدى تسريب حمض كلور الماء المولي 0.1 في لعة المري البعيدة إلى إثارة الأعراض.

معالجة الجزر المعدي المريئي Treatment of GERD

معالجة الجزر المعدي المريئي الخفيف وحتى المتوسط:

بدئياً: قم برفع السرير من جهة الرأس وشجع المريض على تخفيف وزنه لأكثر من عشر باوندات إذا كان زائد الوزن أو عند زيادة وزنه مؤخراً وتناول وجبات قليلة الكمية وعدم تناول وجبات دسمة في المساء وتناول العشاء قبل النوم بثلاث ساعات على الأقل وعدم تناول الحلوى وقت النوم وإيقاف التدخين وتناول مضادات الحموضة عند الحاجة تجنب تناول المشروبات الحمضية (كالكولا وعصير البرتقال والنيبيذ) والإفراط بشرب الكحول.

إذا لم تنجح الطرق السابقة: جرب الأدوية المضادة للإفراز: ضوادم مستقبلات H₂ مرتين يومياً (مقابل مرة واحدة في القرحة الهضمية). قد نستعاض عنها بمثبطات مضخة البروتون (PPI)، مثل الomeprazole، وغالباً ما نحتاجها. على الرغم من أن التأثيرات على المدى الطويل للomeprazole غير معروفة، فقد وجد أنه آمن لحد بعيد. نسبة الشفاء الإجمالية للمرضى الذين لديهم دليل تنظيري على التهاب المري ليس بالضرورة GERD يكون:

- الغفل placebo: 25%.
- حاصرات H₂ والأدوية المنشطة للحركية: 50%.
- مثبطات مضخة البروتون: 80-95%.

للأدوية المنشطة للحركية وضوادم مستقبلات H₂ فعالية متساوية للأدوية المنشطة للحركية، مثل الmetoclopramide تأثيرات جانبية متعددة عند الاستخدام المديد لها.

قد تشفي حاصرات H₂ الحالات الخفيفة من الجزر المعدي المريئي لكن معالجة الحالات الشديدة من الجزر المعدي المريئي (أي الدرجة الثانية من التهاب المري أو أسوأ) تتطلب استخدام مثبطات مضخة البروتون، مثل الomeprazole بشكل مستمر لمدة غير محدودة، ما لم يخضع المريض لجراحة تصحيحية. كن متيقظاً لارتداد الH⁺ إذا تم إيقاف مثبطات مضخة البروتون بشكل مفاجئ بعد عدة أشهر. واعلم أيضاً: أن المعالجة بمثبطات مضخة البروتون تؤدي لفرط تنسج الخلايا الجدارية، لكن لم يلاحظ ثدن dysplasia أو تنسج ورمي.

ضع الجراحة المضادة للجزر بالاعتبار (طي القاع fundoplication، تجرى الآن عن طريق منظار البطن) وذلك عند المرضى المصابين بجزر معدي مريئي شديد لأن لها معدل نجاح معقول. الاستطابات: المرضى المعندون على المعالجة الدوائية والمرضى صغار السن المصابون بداءٍ شديدٍ ومعالجة بديلة لمثبطات مضخة البروتون طويلة الأمد. تتم عملية طي القاع لنيسن Nissen fundoplication بلف أسفل المري بكمٍ من المعدة. التأثيرات الجانبية لهذه الجراحة هي: تطبل البطن وعسرة بلع وعدم القدرة على التجشؤ. ينبغي القيام بدراسة حركية قبل إجراء الجراحة المضادة للجزر - فلا تستطب الجراحة إذا كانت الحركية شادة لأن ما ستقوم به هو مجرد إحداث عسرة بلع طبية المنشأ.

علاج التضيقات الهضمية بالشمعات الموسعة ملاحظة: للمetoclopramide (بسبب كثرة تأثيراته الجانبية) والsucralfate (لأنه غير فعال كفاية) استخدامات قليلة في معالجة الجزر المعدي المريئي. تتكون معالجة الصيانة للحالات متوسطة الشدة وحتى الشديدة من مثبطات مضخة البروتون، مثل omeprazole. عادة ما يكون الاستخدام المديد لحاصرات مستقبلات H₂ غير فعال.

كن منتهياً أن المرضى المصابون بسعال / بحة متعلقة بالجزر المعدي المريئي يحتاجون لمعالجة أطول بكثير وجرعات أعلى عادةً (متلاً مرتين يومياً) وذلك لتحسين الأعراض مما هو عليه الحال في حرقة الفؤاد العادية

BARRETT ESOPHAGUS

مري باريت

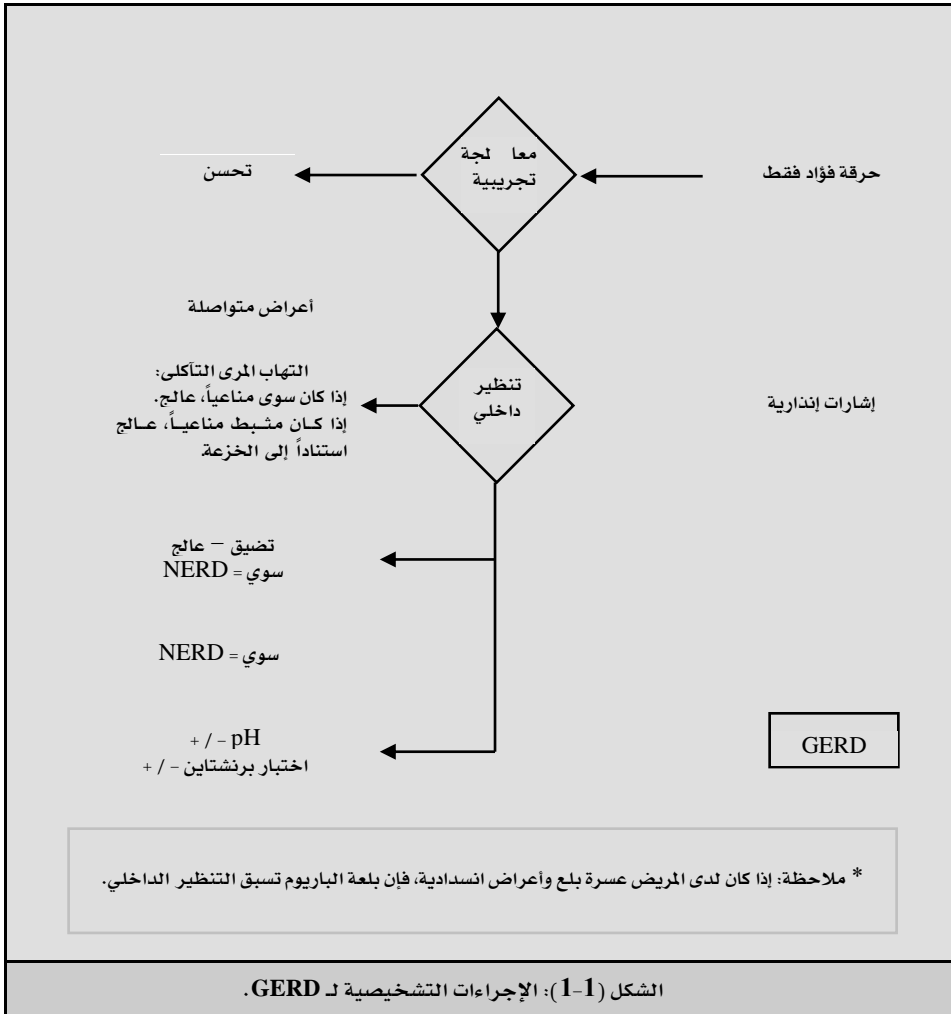
مري باريت هو تغير في نمط الخلايا - حوّل من حرشفية مريئية لأسطوانية معوية - بسبب الجزر المعدي المريئي المزمّن 10-20% من المرضى المجرى لديهم التنظير بهدف البحث عن جزر مزمّن يكونون مصابين به! بشكل عام قم بإجراء التنظير للمرضى < 40 سنة ولديهم قصة مرضية لأعراض جزرية تتجاوز العشر سنوات (المدة أكثر أهمية من الشدة) وذلك بهدف التحري عن وجود دلائل على مري باريت تكون مشاهدته أكثر شيوعاً □ لدى الرجال البيض.

يترافق مري باريت مع السرطانة الغدية فقط (وليس الحرشفية) يبلغ معدل حدوث السرطانة الغدية عند مرضى مري باريت ثلاثين ضعف الحالة السوية على أي حال، بسبب أن حصول سرطانة المري الغدية منخفضة للغاية عند الناس الأسوياء، فإنه إذا لم يكن لدى مريض مري باريت سرطان (في وقت التشخيص)، فإن مجال الحياة المتوقعة لديهم يكون سويًا. يتعلق احتمال وجود السرطانة الغدية بطول مري باريت ووجود فتق فرجوي ودرجة الثدن والتدخين المزمّن. عندما يكون طول مري باريت > 8 سم، عندها تكون الفرصة ضئيلة جداً للترقي إلى الثدن تبلغ خطورة حدوث السرطانة الغدية عند المصابين بمري باريت 0.4% كل سنة لا تعكس الأدوية المضادة للجزر ولا الجراحة التغيرات الظاهرية الحاصلة في مري باريت.

يجرى التنظير مع الخزعة كل 2-3 سنة إذا لم يترافق مري باريت مع الثدن، وكل 3-6 أشهر في حال تواجد ثدن منخفض الدرجة يستطب استئصال المري من أجل الثدن مرتفع الدرجة.

تمثل المعالجة بالليزر والمعالجة الصوتية الحركية أفق المعالجة

الصورة (8-1): مري باريت.



Quick Quiz

اختبار سريع

1. ما هي العلامات المنذرة لدى مريض مصاب بأعراض الجزر المعدي المريئي؟ وتلك تشير للحاجة لأي شيء؟
2. كم تستمر معالجة الجزر المعدي المريئي الشديد؟ وبم يعالج؟
3. لدى مريض مصاب بالجزر المعدي المريئي، ما الدراسة التي ينبغي إجرائها قبل الجراحة المضادة للجزر؟
4. ماذا يستطب للمريض المصاب بمرى باريت مترافق مع ثدن مرتفع الدرجة؟ متوسط الدرجة؟ منخفض الدرجة؟

ESOPHAGEAL CANCER

سرطان المري

يشكل سرطان المري حرشفي الخلايا 50% تقريباً من سرطانات المري، وعادةً ما يحدث في الثلثين الدائنين من المري! يحدث سرطان المري الحرشفي بسبب التدخين والكحول (وخاصةً المسكر جداً). يترافق مع سرطانات أخرى للرأس والعنق، ونادراً ما يترافق مع اللارنكائية وتضيقات القلي ومتلازمة بلومر - فينسون (انظر سابقاً). للتدخين والكحول تأثير مسرطن تآزري على المري. لنسبة حدوث السرطان الحرشفي تبدلات جغرافية واضحة، ويظهر أن لحدوثه علاقة قوية بنمط القوت وبالبيئة تتكون الـ50% الأخرى من سرطانات غدية والتي يبدو أنها في ارتفاع (مري باريت)، وتحدث في الثلث القاصي من المري. انظر القسم السابق.

يتم استخلاص تشخيص سرطان المري عبر عدة فحوص. عسرة البلع هي العرض المستعلن (للمرض) المعتاد، لذلك فإن بلعة الباريوم خلال القيام بالإجراءات التشخيصية قد تشير لوجود سرطان بعد ذلك قم بإجراء التنظير للسماح بإثبات التشخيص بواسطة الخزعة. استخدم التصوير الطبقي المحوسب والإيكو التنظيري بهدف وضع مرحلة السرطان.

قم بالاستئصال الجراحي إذا كان السرطان صغيراً وموضِعاً. إذا كان كبيراً أو أعطى نقائل، عالج الحالة بمشاركة المعالجة الكيماوية (cisplatin+5-FU) مع التشعيع قبل القيام بالجراحة. ينجم عن هذه المشاركة معدل بقيا لسنتين يبلغ 38% مقابل 10% بالتشعيع وحده.

ZENKER DIVERTICULUM

رتج زنكر

رتج زنكر هو تجيب خارجي Outpouching أعلى المري. يكون للمرضى رائحة نفس كريهة وقد يحدث لديهم قلس للطعام المتناول من عدة أيام وهو أكثر مسببات عسرة البلع النقلية شيوعاً (اضطراب البدء بالبلع) للمأكولات الصلبة، لكنه قد يحدث عسرة بلع عبورية أيضاً. غالباً ما يكون هؤلاء المرضى من الكهول الجراحة هي العلاج.

[ملاحظة: تعلم استطببات التنظير المريئي المعدي العفجي وERCP ومراقب Ph- والدراسات

الحركية!]

المعدة

STOMACH

NORMAL PHYSIOLOGY

الفيزيولوجيا السوية

أولاً، مراجعة سريعة لفيزيولوجيا المعدة السوية وعلاقتها بالتهاب المعدة والداء القرصي الهضمي (اتبع المسار الأخضر الفاتح في الشكل 1-2): تتواجد الخلايا G في الغار البوابي يتم تنبيهها بمنتجات تدرج الطعام - مثل الحموض الأمينية - مما يؤدي لإطلاق الغاسترين والذي يتفاعل - مثل الأستيل كولين (ACh) والهستامين - مع مستقبلات نوعية على الخلايا الجدارية للقاء - محرضة إياها على إنتاج (عبر مضخة البروتون) الحمض المعدي ملاحظة: مضخة البروتون هي السبيل المشترك النهائي لعمل تلك المستقبلات الثلاث، ولهذا السبب تكون مثبطات مضخة البروتون - مثل omeprazole - هي أقوى الأدوية المضادة للحمض المعدي.

الغاسترين gastrin ويتم إطلاقه إلى الدوران ولذلك يعتبر محرض صماوي لإفراز الحمض المعدي الغاسترين هو الوسيط الأساس لإنتاج الحمض المعدي التالي لتناول وجبة الطعام الأستيل كولين ACh المطلق عبر العصب المبهم، وله تأثير صماوي عصبي على الخلايا الجدارية (+) والخلايا الشبيهة بالخلايا الكرومافينية المعوية (+) والخلايا G (+) والخلايا D (-). الهستامين histamine وهو يفرز من الخلايا الشبيهة بالخلايا الكرومافينية المعوية في جسم المعدة، وله تأثير نظير صماوي موضعي.

السوماتوستاتين والسكريتين Somatostatin & Secretin يقلل كلاهما من إنتاج الغاسترين (وبالتالي من الحمض المعدي)، ويتم تحريض إنتاجهما بواسطة انخفاض الـ pH - لذلك فهما قسم التلقيم الراجع السلبي للألية المنظمة التي تحافظ على pH المعدة يتسبب الـ pH المعدي الأقل من 3 بإنتاج السوماتوستاتين من الخلايا D في جسم المعدة. يتم إنتاج السكريتين في العفج نتيجة للنتاج المَحْمَض acidified output للمعدة، وهو يقوم بتقليل إنتاج الغاسترين ويحرض على إفراغ البكتريونات من المعثكلة نكر ثانية، هناك مثبطان لإنتاج الغاسترين (وبالتالي الحمض المعدي) وهما السوماتوستاتين (pH المعدة المنخفض) والسكريتين (pH العفج المنخفض). ملاحظة: لدى المرضى المصابون باللاهيدروكلورية (كما في

التهاب المعدة المناعي الذاتي) أو فقر الدم الخبيث، يرتفع فجأة مستوى الغاسترين المصلي كثيراً بسبب غياب هذا التأثير المثبط.



الشكل (1-2): فيزيولوجيا المعدة.

- يقوم كلاً من الحمض المعدي والببسين (يتم تصنيعه من طليعة الببسين بوجود الحمض) - بالإضافة لهضم الطعام - بمهاجمة الدفاعات المخاطية الأشياء التي ينبغي معرفتها عن الأفعال الآلية للمزج والطحن:
1. أفضل ما يتم دراسة ذلك هو بتفريسة الإفراغ المعدي.
 2. لا تعبر البواب إلا الجزيئات > 1 ملم فقط.
 3. يُفَعِّلُ التمعج بناظم خطأ.

DYSPEPSIA

عسر الهضم

عبارة - عسر الهضم - بحد ذاتها هي وصف مبهم لأعراض يمكن أن تعزى للسبيل الهضمي العلوي. يمكن أن تشتمل على امتلاء شرسوفي وتجشؤ ونفخة وانزعاج وحرقة فؤاد. وبشكل عام لا تستخدم هذه

العبارة للألم الشديد. يكون معظمها وظيفياً أو ناتجاً عن الأدوية (مثل: الحديد والأسبرين ASA ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية)، لكن إذا كانت حديثة الظهور وكان عمر المريض < 40 سنة تكون تشريحية حتى يثبت العكس. تتضمن الأسباب التشريحية كلاً من: القرحة الهضمية والتهاب المعدة والجزر المعدي المريئي والمعص الصفراوي والخزل المعدي والتهاب المعثكلة والسرطان عادة ما يكون التنظير المريئي المعدي العفجي سويلاً. عادةً ما يصنف عسر الهضم بحسب الأعراض: الشبيه بالجزر المعدي المريئي والشبيه بالقرحة (يتحسن على المعالجة المضادة للقرحة) ونمط خلل الحركية (يتحسن على الأدوية المنشطة للحركية، مثل metoclopramide والerythromycin). قد تحدث تراكمات في الأنماط أيضاً. يُعرّف "عسر الهضم غير القرحي" بألم بطني علوي ناكس مع تنظير مريئي معدي عفجي سوي.

EROSIVE GASTRITIS and GASTROPATHY

التهاب المعدة التآكلي واعتلال المعدة

قد يحدث التهاب المعدة التآكلي، والذي يكون بشكل متواتر اعتلال المعدة نزفي (نزف تحت الظهارة = اعتلال معدة)، بسبب الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية أو الكحول أو شدة فيزيولوجية شديدة. يشير ابتداء الحالة في وحدة العناية المشددة ICU لوجود أذية مخاطية متعلقة بالشدة (SRMD)، والتي تنجم عن شدة فيزيولوجية، كتلك المحرصة بجراحة كبرى أو الحروق كذلك فإن وجود أذية عصبية مركزية أو الوضع على المنفسة أو وجود اعتلال تخثر هي عوامل خطورة كبرى إن بذل الجهود لعمل أي شيء لمنع الـ SRMD؛ ضوادم مستقبلات H₂ ومضادات الحموضة ومثبطات مضخة البروتون والـ sucralfate وحتى التغذية المبكرة يقلل من حدوث التهاب المعدة التآكلي إن التسريب المستمر لضوادم مستقبلات H₂ هو أكثر المعالجات فعالية لعلاج الـ SRMD. رغم أنه كان يعتقد أن انخفاض حموضة المعدة يسمح بالاستعمار الجرثومي ويرفع خطورة ذات الرئة الاستنشاقية، فقد ظهر أنه لا يوجد ازدياد في حدوث ذات الرئة الاستنشاقية عند استخدام حاصرات H₂.

الصورة (10-1): التهاب معدة حاد.

CHRONIC GASTRITIS

التهاب المعدة المزمن

يتم تقسيم التهاب المعدة المزمن بشكل عام بطريقتين مختلفتين:

1. نسيجياً - هناك ارتشاح للمفاويات والخلايا البلاسمية يعكس التصنيف النسيجي الموجودات طوال

العمر المحتمل للمرض:

□ التهاب معدة سطحي (مبكر).

- التهاب المعدة ضموري (متوسط).
 - ضمور المعدة (متأخر) - ويدعى أيضاً بالتهاب المعدة الضموري والتهاب المعدة الضموري الحؤولي.
2. حسب الموضوع:

النمط A: مناعي ذاتي Autoimmune، ضموري Atrophic، فقر دم خبيث Anemia، اللاهيدروكلورية Achlorhydria. تصيب القسم الداني من المعدة - القاع والجسم فقط (لاحظ أن الغار Antrum ليس بين الكلمات "A" السابقة). تسبب الأضداد الذاتية المضادة للعامل الداخلي والخلايا الجدارية تطور فقر الدم الخبيث واللاهيدروكلورية، مترافق مع فرط غاسترين الدم الثانوي (غالباً ما يكون مستواه < 1000 بيكوغرام/مل) الحؤول هو مظهر جامع لالتهابات المعدة الضمورية ويظهر قبل، ويترافق مع، فقر الدم الخبيث وسرطان المعدة. إن معدل حدوث سرطان المعدة منخفض جداً بالتراشق مع التهاب المعدة الضموري، لذلك، إن لم يكن هناك سرطان أو ثدن عند التنظير الأولي، فإن الفحوص التنظيرية الدورية تكون غير مبررة!

النمط B: وهو أكثر أشكال التهاب المعدة المزمنة شيوعاً (80%)، وهو مرض خمجي قابل للشفاء! الملوئية البوابية *Helicobacter pylori* هي مسببة المرض. يكون كل سكان بلدان العالم الثالث مصابون فعلياً بالملوئية البوابية تكون نسبة الحدوث في U.S 50% تقريباً بين المرضى المسنين و30% عند الكمل يكون كل هؤلاء المرضى المخموجون تقريباً مصابين بالتهاب معدة غاري /قاصي مزمن، رغم أن قلة منهم يكون لديهم أعراض، والحالات الأعراضية هي فقط التي تعالج. قد يقلد التهاب المعدة بالملوئية البوابية التهاب المعدة من النمط A أيضاً. انظر القرحة الهضمية لاحقاً لتعرف المزيد عن الملوئية البوابية تؤدي المعالجة الناجحة للخمج لخمود أعراض التهاب المعدة عند الكثير من المرضى (لكن لا تزال > 50%). نكرر: يكون المرضى المصابون بالتهاب المعدة القاصي (الغاري) المزمّن مصابين فعلياً بشكل دائم بالملوئية البوابية، وعند التخلص منها، عادةً ما يشفى التهاب المعدة - رغم أن عسر الهضم قد يستمر عند المرضى.

هل تعتبر الملوئية البوابية مسؤولة عن أعراض عسر الهضم في حال غياب القرحات؟ الجواب معقد، فقد أظهرت الكثير من الدراسات المضبوطة أنه لا أفضلية لاجتثاث الملوئية البوابية على العلاج الغفل عند المرضى المخموجين بالملوئية البوابية والمصابين بعسر هضم غير قرحي لكن إذا جاء مريض بأعراض عسر الهضم وليس لديه علامات منذرة، فمن المنطقي البحث عن الخمج بالملوئية البوابية (انظر لاحقاً) وعلاجها إذا كانت إيجابية.

فحص الملوئية البوابية: هناك فحوص باضعة (الخزعة) وفحوص غير باضعة وبشكل عام تجرى الفحوص الباضعة للمرضى المجرى لهم تنظير فقط. من ناحية أخرى، فإن الفحوص غير الباضعة هي أكثر فائدة بالنسبة للتكلفة وهي لاتزال دقيقة.

الفحوص الباضعة:

- المقياس الذهبي لفحص الملوية البوابية هو الفحص النسيجي لخزعة المخاطية الغارية - والذي نادراً ما يجري.
- تعتمد فحوص اليورياز على معرفة أن الملوية البوابية تحطم اليوريا لتعطي النشادر وCO₂. وهو جيد لتحري المرض الفعال و الاستجابة للعلاج. هذه الفحوص حساسة (92%) ونوعية (95%). يتم إجراء فحص الـ CLO (على الشبيهة بالعطيفة *Campylobacter*، وهو فحص شائع الاستخدام) بوضع عينة الخزعة في وسط أغار حاوي على البولة وكاشف الـ pH. ومن ثم أي كمية من النشادر يتم إنتاجها تتسبب بارتفاع الـ pH، والذي يغير من لون الوسط تستغرق هذه العملية 24 ساعة تقريباً. تكون فحوص اليورياز أقل حساسية إذا كان المرضى موضوعين على علاج بأدوية قد تكبح تأثير الخمج بالملوية البوابية، مثل مثبطات مضخة البروتون والمضادات الحيوية - لذلك ينبغي إيقافها قبل الفحص بأسبوعين.
- تعطي فحوص اليورياز السريعة (RUT) Rapid Urease Tests الحديثة نتائج جيدة كالسابقة في ساعة.
- الفحوص غير الباضعة: وتتضمن: فحص النفس اليوريازي والمستضد البرازي والفحوص المصلية فحوص النفس اليوريازية (UBT) urea breath tests - والتي تستخدم البولة الموسومة - تكون الخيار الأول لتحري فعالية المعالجة.
- لقد تحسنت فحوص المستضد البرازي stool antigen tests وهي طريقة جيدة للتشخيص الأولي (94=S&S و 98%).
- الفحوص المصلية (IgG-ELISA) وهي فحوص مختبرية غير باهظة التكاليف وحساسة ونوعية جداً، لكنها تشير فقط إلى التعرض السابق وهي غير قادرة على تحديد المرض الفعال - لذلك فهي غير جيدة لتحري فعالية المعالجة ومن ناحية أخرى، فإن فحص الدم سلبى النتيجة تجاه الملوية البوابية عند مريض عسر الهضم يستبعد الملوية البوابية كمسبب للحالة.

PEPTIC ULCER DISEASE (PUD)

الداء القرصي الهضمي (PUD)

OVERVIEW

نظرة عامة

للداء القرصي الهضمي أربعة أسباب مثبتة جيداً:

1. الملوية البوابية *Helicobacter pylori* وتعد إلى حد بعيد أكثر مسبب للـ PUD شيوعاً - لا سيما القرحة العفجية (50-70%) تكون خطورة الإصابة بقرحة طوال حياة شخص مصاب بالخمج بالملوية البوابية هو 10-15% (أعلى عند الرجال منه عند النساء). إذا أمكن اجتثاث الملوية البوابية، فإن القرحات لا تنكس أبداً بشكل فعلي، ويكون معدل نكس الملوية البوابية ضئيل للغاية لقد تم التخلص من المشكلة! إذا نكست القرحة، اشتهب بمضادات الالتهاب الستيروئيدية.
2. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs وهي تتسبب في حدوث غالبية القرحات غير الحاصلة

بفعل الملوية البوابية يكون انتشار القرحة بين المرضى الموضوعين على مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية هو 10-40% (1) رغم أن العديد منها يكون > 5 ملم ولا يحدث أعراضاً. تتسبب مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية بحدوث القرحة المعدية والعضجية - المعدية عادةً (5-7% من القرحة العضجية فقط). إذا كان استخدام مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ضرورياً، وكان لدى المريض اضطرابات أو سبق وأن كانت لديه اضطرابات، فعليك أن:

- تستخدم مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية COX-2 (انظر لاحقاً).
- تستخدم مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية المغلفة معويًا.
- تستخدم مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية غير المؤسلة (مثل: salsalate).

Quick Quiz

اختبار سريع

1. اشرح فيزيولوجية المعدة!
2. عند أي فئة عمرية يعتبر عسر الهضم ذو منشأ تشريحي إلى أن يثبت العكس؟
3. كيف تعمل فحوص اليورياز؟ ما هي الأدوية التي تحد من حساسيتها؟
4. ما هو نوع فحوص الملوية البوابية التي تكون غير جيد لتحري فعالية المعالجة؟
5. ما هو أكثر مسبب للداء القرحي الهضمي شيوعاً؟

- تستخدم مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية التي تكون طليعة دائية غير حمضية (مثل: nabumetone).
- الإعطاء المشترك لمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية مع مثبطات مضخة البروتون أو مضاهئ البروستاغلاندين E (مثل: misoprostol). تتفوق مثبطات مضخة البروتون على حاصرات الـ H₂ والـ sucralfate في الوقاية من القرحة المحرصة بمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية.
- تتضمن عوامل الخطورة لحدوث القرحة الهضمية الحاصلة بفعل مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية التقليدية كلاً من: أول ثلاثة أشهر من الاستعمال والجرعات المرتفعة والمرضى كبار السن وسوابق إصابة قرحية والمرضى القلبي وإعطاؤها بشكل متزامن مع الستيروئيدات والأدواء الشديدة وإعطاؤها بشكل متزامن مع الأسبرين ASA (كما عند إعطائه بهدف الوقاية القلبية).
- مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية هي المسبب الأساسي لحدوث القرحة النازفة (أكثر من الملوية

البوابية). قد لا تحدث أعراض القرحة السابقة قبل النزف

تكون خطورة النزف عند إعطاء مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية التقليدية:

- عموم السكان: 1%: عند الذين يستخدمون الأسبرين كعلاج وقائي 1.5%.
- الإناث < 60 سنة. سوابق قرحة هضمية/ نزف هضمي علوي: 3%.
- إذا أضيفت إصابة قلبية لأي من المسالك السابقة فإن الخطورة تقفز من 3% لـ 9%.
- لا توجد جرعة آمنة كلياً للأسبرين.
- تكون خطورة تراقف النزف مع مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية COX-2:
- عموم السكان: 0.5%: عند الذين يستخدمون الأسبرين كعلاج وقائي 1%.

تحتصر مضادات الالتهاب الالاستيروئيدية COX-2 من عمل الأوكسجيناز الحلقي (COX) – وهو إنزيم يقلب حمض الأراشيدونيك لبروستاغلاندين. الـCOX-1 هو الإنزيم البنوي constitutive enzyme. بينما الـCOX-2 هو إنزيم محرض inducible. تنتج الـCOX-1 بروستاغلاندينات واقية في المعدة، بينما يتداخل الـCOX-2 المحرض في الحدثة الالتهابية. هناك زمرة أحدث من مضادات الالتهاب الالاستيروئيدية تكون انتقائية لـCOX-2 (celecoxib و rofecoxib و meloxicam). أنقصت مضادات الالتهاب الالاستيروئيدية المثبطة لـCOX-2 إلى حد كبير التأثيرات الجانبية الهضمية (بالمقارنة مع مضادات الالتهاب الالاستيروئيدية التقليدية غير الانتقائية)، بينما تبقى على التأثيرات المضادة للالتهاب والمفرجة للألم، إن مثبطات الـCOX-2 مثيرة وهي تمثل قفزة للأمام في مجال فهمنا للحدثة الالتهابية وهي تقيّم في مجالات عدة منها: الوقاية من سرطان القولون والتقليل من السلائل الغدومية في متلازمة السلائل العائلية، وفي متلازمة بارتر Bartter syndrome (ضياح الملح) وداء الزهايمر – حيث يحد من الاستعمال/ الجرعة لمضادات الالتهاب الالاستيروئيدية التقليدية التأثيرات الجانبية الهضمية.

3 حالات زيادة إفراز الحمض، من مثل متلازمة زولنجر إليسون (Zollinger-Ellison) (1-3% من القرحة العفجية)

4 داء كرون Crohn disease في العفج/المعدة

ماذا عن التبغ؟ في الداء القرخي المعدي والعفجي، يفاقم التدخين القرحة بالنسبة للقرحات غير الناجمة عن الملوية البوابية، فإنه ينقص كذلك من سرعة الشفاء ويزيد من معدل النكس والانتقاب ومن الشائع أن يكون هذا النكس غير أعراضى.

فيما مضى، كان معدل حدوث الداء القرخي الهضمي أعلى عند الرجال منه عند النساء، لكن حالياً قاربت نسبة الرجال إلى النساء إلى 1. لا يشكل نمط القوت والشخصية والمهنة عامل سببي مهم وخسارة الوزن غير شائعة في الداء القرخي الهضمي. ملاحظات: إن الكحول غير مفرح! وإن الستيروئيدات القشرية وحدها غير مفرحة، لكنها تضاعف خطورة المضاعفات الهضمية لمضادات الالتهاب الالاستيروئيدية - قد تصبح خطورة النزف عشرة أضعاف

DIAGNOSIS of PUD

تشخيص الداء القرخي الهضمي

يكون التنظير المريئي المعدي العفجي EGD هو الإجراء المنتقى، عند الشك بقرحة غير منتقبة التصوير الهضمي العلوي الظليل UGI أقل حساسية من EGD. عند العثور على قرحة، قد يستطب تحري مستويات الغاسترين (نوقش بشكل محدد ضمن أنماط القرحة) شخص وجود الملوية البوابية، كما تم شرحه في فصل التهاب المعدة سابقاً.

غالباً ما تتسبب القرحة المعدية والعفجية المنتقبة بوجود الهواء الحر ضمن الحيز الصفاقي، والذي يمكن ملاحظته في الصورة البسيطة للبطن بوضعية الوقوف عند الاشتباه بقرحة منتقبة، قم بإجراء صورة بسيطة للبطن بوضعية الوقوف أولاً! التنظير المريئي المعدي العفجي والتصوير الهضمي العلوي

الظليل هما مضاد استطباب واعلم أيضاً أن غياب القديح (الأقنة crater) القرصي يعني عدم وجود خطورة للنزف أو الانتقاب أو التندب!

اعلم: يميل الألم القرصي لأن يكون مزعجاً، بينما يكون ألم القرحة المنتقبة شديداً عادة.

TREATMENT of PUD

علاج الداء القرصي الهضمي

تركز معالجة الداء القرصي الهضمي على مشاركة ثلاثة عوامل:

1. معالجة الملوية البوابية.
 2. تخفيف الإفراز الحمضي (مضادات مستقبلات H_2 ، مثبطات مضخة البروتون).
 3. إيقاف الحداثيات المفاخرة (التدخين، تناول مضادات الالتهاب الستيروئيدية).
- و بدرجة أقل حماية المخاطية (sucralfate) وتعديل الحموضة بمضادات الحموضة. عالج أي خمج بالملوية البوابية مرافق للقرحة الهضمية. جوانب المعالجة العامة:

1. عالج لمدة 10-14 يوم العلاج لأسبوع واحد غير كافٍ
2. عادةً ما يستخدم علاج ثلاثي - مضادان حيويان ومثبط لمضخة البروتون إحدى أشكال المعالجة الثلاثية الجيدة مع معدل اجتثاث يقارب الـ 85% هي الـ O-CLAM (omeprazole) 20ملغ + clarithromycin 500 ملغ + amoxicillin 1ملغ - مرتان يومياً $10 \times$ أيام). يكون معدل النكس منخفضاً جداً.

اعلم أن تعدد الأدوية أفضل! وأن العلاجات الدوائية المفردة والثنائية غير فعالة

ملاحظة: تُطور الملوية البوابية مقاومةً تجاه الـ metronidazole والـ clarithromycin عندما يستخدمان بمفردهما - لذلك فإنه إذا كان هذان المضادان الحيويان قد استعملوا خلال فترة قريبة، فإن ذلك يحول دون استخدامهما. كذلك فإن الأنظمة الدوائية التي تشتمل على الـ metronidazole هي أقل فعالية في الولايات المتحدة منها في أوروبا - ربما بسبب وجود مقاومة متزايدة تجاه الـ metronidazole في الولايات المتحدة.

إذا كانت فحوص المريض سلبية تجاه الخمج بالملوية البوابية وحددت عوامل مفاخرة مثل مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، استخدم الأدوية المضادة للإفراز ومضادات الحموضة يكون الـ sucralfate فعالاً في معالجة الداء القرصي الهضمي بغير الملوية البوابية، لكن جرعه أربع مرات باليوم تقف عائقاً وإن مثبطات مضخة البروتون أفضل. يرتبط الـ sucralfate بموضع القرحة، حيث يقوم بامتزاز الأملاح الصفراوية ويشكل عائقاً يقي من اختراق الحمض. يكون الـ sucralfate هو الدواء المختار غالباً عند مرضى قصور الكلية لأنه يرتبط بـ PO_4 أيضاً.

قم بإيقاف التدخين - فهو يرفع من خطورة النكس والانتقاب في القرحة غير المترافقة مع الملوية البوابية أو قرحة الملوية البوابية غير المعالجة

استطبابات الجراحة في الداء القرصي الهضمي:

- النزف الهضمي العلوي - النزف الفعّال غير الممكن إيقافه عبر المعالجة التنظيرية تكون الجراحة ضرورية في 5% من النزوفات الهضمية العلوية
- انسداد المخرج المعدي - المعالجة البدئية هي التوسيع بالبالون. تكون الجراحة ضرورية في 25% من الحالات تقريباً.
- القرحة الناكسة/المعدنة (نادرة).
- الانتقاب - قد يكون الإصلاح عبر تنظير البطن ممكناً.
- متلازمة زولنجر إيلسون (ZES) Zollinger-Ellison syndrome

الصورة (13-1): قرحة عجزية كبيرة

12- قرحة عجزية صغيرة تظهر على
وجبة الباريوم مضاعفة التباين.

DUODENAL vs. GASTRIC ULCER

القرحة العجزية مقابل القرحة المعدية

القرحات العجزية: نكرر، الأسباب الشائعة هي مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية والمليوية البوابية، وتعزى 1-3% منها لزيادة إفراز الحمض (متلازمة زولنجر إيلسون). ترتبط القرحات العجزية بضرط إفراز الحمض ارتباطاً وثيقاً أكثر من القرحات المعدية (لا توجد بيكربونات كافية في العفج لتعديل كل الحمض).

تعالج القرحات المعدية غير المترافقة مع المليوية البوابية لمدة ثلاثة أشهر لأن شفاءها يكون أكثر بطناً من القرحات العجزية تتفوق مثبطات مضخة البروتون والـ misoprostol (بروستاغلاندين صناعي) على حاصرات H₂ وعلى السالفات في الوقاية من القرحات المحرصة بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية. رغم أنه كان يظن في الماضي أن القرحات المعدية تترافق مع سرطان المعدة، إلا أن الدراسات لم تظهر صدق ذلك! من ناحية أخرى، عليك بتفحص كل القرحات المعدية غير الشافية عبر التنظير مع إجراء الفحص الخلوي لـ 6 عينات خزعية على الأقل لكي تنفي وجود سرطان معدة. لا تحدث اللاهيدروكلورية، بعد التحريض بوجبة، فعلياً عند مريض مصاب بقرحة معدية سليمة.

الصورة (1-15): قرحة مشابهة تشاهد عبر التنظير.

14-1): قرحة معدية سليمة تظهر على

وجبة الباريوم مضاعفة التباين.

Quick Quiz

اختبار سريع

1. صح أم خطأ: يكون نمط القوت والشخصية والمهنة عوامل هامة في حدوث القرحة الهضمية.
2. ما هو الدواء الجيد لمعالجة القرحة الهضمية لدى مرضى القصور الكلوي؟ لماذا؟
3. هل الستيروئيدات القشرية المستخدمة كعلاج وحيد مفرحة؟
4. هل تعزز الستيروئيدات القشرية من التأثير النزفي لمضادات الالتهاب الالاستيروئيدية في ا- لداء القرحة الهضمي؟

BLEEDING ULCERS

القرحات النازفة

تشتمل عوامل الخطورة لحدوث القرحات النازفة على استخدام مضادات الالتهاب الالاستيروئيدية وخطورة النزف مرتبطة بالجرعة وكما لاحظنا سابقاً، لا تحدث الستيروئيدات القرحة وحدها، لكنها قد تزيد من النزف المرافق لتناول مضادات الالتهاب الالاستيروئيدية عشرة أضعاف تتضمن عوامل الخطورة التي تدل على نزف شديد و/أو عودة النزف مجدداً:

- عدم استقرار الحرائك الدموية
 - قيء دموي معاود أحمر اللون أو براز دموي.
 - عدم صفاء صبوب غسالة المعدة gastric lavage effluent.
- التنظير هو الإجراء التشخيصي المختار للنزف الهضمي العلوي. ينبغي القيام به بشكل عاجل إذا كان لدى المريض أي من تلك الموجودات
- عوامل الخطورة، كما تشاهد عبر التنظير:

- حجم القرحة.
- تزيد الأوعية المرئية على قرحة غير نازفة من خطورة عودة النزف لذلك، فعند وجود "قاعدة صافية" تقل فرصة عودة النزف كثيراً!

المعالجة الدوائية: لا يوقف غسل المعدة النزف ولا يقي من عودة النزف المقبضات الوعائية هي أيضاً غير فعالة.

أظهرت عدة دراسات أن التثبيط الهجومي لإفراز الحمض - مثل: مثبطات مضخة البروتون الفموية مرتان يومياً أو مثبطات مضخة البروتون الوريدية - يقلل من خطورة عودة النزف يمكن لمعظم المرضى المصابين بقرحة نازفة أن يبتدئوا على الفور بمثبطات مضخة البروتون الفموية مرتين يومياً. كما يمكن إعطاء المرضى ذوي الخطورة المرتفعة معالجة وريدية.

المعالجة التنظيرية (للتالي فعالية متماثلة): تستطب المعالجة بالمخثر الكهربائي ثنائي القطب والمعالجة بالمسبار الحراري والمعالجة بالحقن عند وجود نزف فعال أو عند العثور على وعاء مرئي غير نازف تكون الجراحة ضرورية عند فشل المعالجة التنظيرية، خذ المعالجة التصويرية الوعائية angiographic therapy بالاعتبار فقط عند عدم ملاءمة المريض للعمل الجراحي.

ملاحظة: تقلل مثبطات مضخة البروتون الوريدية والضموية التالية للمعالجة التنظيرية للقرحة النازفة من:

1. النزف الناكس.
 2. معدل الوفيات.
 3. الحاجة للجراحة.
- تحمي مثبطات مضخة البروتون الخثرة المتشكلة برفع الـ pH المعدي إلى < 6.
- الملخص: قم بإعطاء مثبطات مضخة البروتون!

ZOLLINGER-ELLISON SYNDROME

متلازمة زولنجر إيليسون

تحدث متلازمة زولنجر إيليسون (ZES) عندما يتسبب ورم غاستريني - والذي ينتج الغاسترين بشكل متواصل - بحدوث قرحات معنفة (عادةً ما تكون في البصلة العفجية والمعدة) وإسهال +/- إسهال دهني. ينجم الإسهال/الإسهال الدهني عن حجم كبير للعصارة المعدية تؤدي لتحميض محتويات العفج أكثر مما تحدث أورام الغاسترين gastrinomas في العفج (~50%) أو المعثكلة (~25%) وبدرجة أقل في المعدة والعقد اللمفاوية والطحال يتم العثور على 90% منها ضمن ما يسمى بـ"مثلث زولنجر إيليسون ZE triangle" - والذي يشتمل على باب الكبد porta hepatis ومنتصف العفج ورأس المعثكلة 80% منها تكون من النمط المنفرد، وبترافق 20% منها مع التنشؤ الغدي الصماوي المتعدد MEN من النمط 1. تذكر: الحالات الأخرى التي تترافق مع ارتفاع مستوى الغاسترين هي: فقر الدم الخبيث والبهق والتهاب المعدة المزمن والقصور الكلوي وفرط الدرقية. تذكر أيضاً: يمكن أن يحدث الكارسينويد المعدي بسبب حالات فرط غاسترين الدم المديدة (فقر الدم الخبيث).

المعالجة: يحتاج كل المرضى المشخص إصابتهم حديثاً بمتلازمة زولنجر إيليسون دون وجود دلائل على داء نقائلي للاستكشاف الجراحي. يشفى ثلث المرضى بعد استئصال الورم الأولي حتى في حال وجود داء نقائلي، عالج متلازمة زولنجر إيليسون بشكل هجومي باستئصال الورم الأولي، لأن التأثير الكتلّي لنسيج

الورم قد يتسبب بمشاكل أحياناً. تشكل مثبطات مضخة البروتون حالياً الدواء المختار للمعالجة الدوائية لمتلازمة زولنجر إليسون، رغم أن الجرعة أعلى من المعتاد.

CARCINOID

الكارسينويد

الكارسينويد المعدي نادر (0.5% من الأورام المعوية) ويشاهد عادةً مع حالة فرط غاسترين الدم المزمن، كتلك المشاهدة في:

- التهاب المعدة المناعي الذاتي/فقر الدم الخبيث (النمط 1)
- متلازمة زولنجر إليسون، عندما تحدث كجزء من التنشؤ الغدي الصماوي المتعدد - MEN-1 (النمط

(2)

ويشكل أقل، يكون عفوياً (النمط 3). قد يترافق مع البهق أيضاً! ينمي الغاسترين الخلايا الشبيهة بالخلايا الكرومافينية المعوية (ECL) في المعدة، مما يؤدي لفرط تنسج وأحياناً لكارسينويد معدي ملاحظة: لم يبد مثبط مضخة البروتون omeprazole أنه يحدث الكارسينويد عند البشر (معطيات عشر سنوات)، رغم أنه يزيد مستوى الغاسترين.

من غير المعتاد أن يعطي الكارسينويد المعدي نقائل أو أن يكون أعراضياً. ينمو الكارسينويد المعدي ببطء وغالباً لا يتسبب أبداً بحدوث متلازمة كارسينويدية انظر أيضاً لاحقاً لتعرف المزيد عن الكارسينويد تحت عنوان الإسهال المزمن.

وضعت هذه الأسئلة لمساعدتك في إجراء تكامل للمعلومات الموجودة في هذا القسم. وقد تعلمنا أن لا تكون من نمط أسئلة البورد لأنها وضعت لتغطي مادة كبيرة ضمن مساحة صغيرة. تملك Medstudy أسئلة وأجوبة من نمط البورد منفصلة تتوافر بشكل كتب و CD-ROM.

TRUE / FALSE

صح/ خطأ

ملاحظة: من أجل هذه الأسئلة، انظر في قسم الكتاب للتوضيح.

(1) ERCP:

- A. الأميلاز المرتفعة بعد ERCP تشير عادة إلى التهاب بنكرياس حاد ناجم عن هذا الإجراء.
B. يستطب ERCP في الإجراءات التشخيصية في التهاب البنكرياس الحاد.

[A = خطأ، B = خطأ، فقط إذا كانت هناك حصيات صفراوية محشورة أو عدم تحسن سريري في التهاب البنكرياس الحاد غير الكحولي].

(2) المري.

- A. تتسبب الالارتخائية بحدوث نقص مقوية المري والمصرة المريئية السفلية.
B. يُظهر UGI في الالارتخائية وجود تضيق عند المصرة المريئية السفلية.
C. يتحرض تشنج المري المنتشر عادة بالسوائل الباردة أو المكربنة.
D. المري بشكل كساراة البندق يسبب عادة ألماً صدرياً شديداً.
E. تتناسب شدة الأعراض مع الأذية النسيجية في المري.
F. يترافق مري باريت مع سرطان خلية شائكة.

[A = خطأ، B = صح، C = صح، D = خطأ، E = خطأ، F = خطأ (كارسينوما غدية)].

(3) المعدة:

- A. التهاب المعدة نمط A هو أكثر أنماط التهاب المعدة شيوعاً.
B. سرطان المعدة هو عادة كارسينوما غدية.
C. تقوم الخلايا G باصطناع الحمض المعدي.

[A = خطأ (النمط B أكثرها شيوعاً 80%)، B = صح، C = خطأ (الخلايا G تفرز الغاسترين الذي يحرض الخلايا الجدارية على اصطناع الحمض المعدي)].

(4) الداء القرصي الهضمي PUD:

- A. التدخين ينقص معدل الشفاء ويزيد نكس كلا نمطي PUD.
B. لا يزيد التدخين معدل انثقاب PUD.
C. الملوية البوابية H.pylori هي عملياً سبب كل قرحات المعدة.

- D. في الإجراءات التشخيصية لمرضى الداء القرصي الهضمي: يجب أن يخضع جميع المرضى للتنظير الباطني مع 6 خزعات من القرحة على الأقل.
- E. عند التحريض بالسكريتين يحدث لدى مرضى زولينجر أليسون انخفاض تناقضي في مستوى الغاسترين.

[A = صح، B = خطأ، C = خطأ (معظم قرحات العفج)، D = خطأ (يُجرى ذلك فقط في القرحات المعديّة غير الشافية)، E = خطأ (تحدث زيادة تناقضية في مستوى الغاسترين)]

(5) الداء المعوي الالتهابي IBD:

- A. الكولون العرطل السمي هو اختلاط لالتهاب الكولون القرصي وليس لداء كرون.
- B. يمكن إعطاء كل من البريدنيزون والسلفاسالازين للمريضة الحامل.
- C. الأزابيرين فقط هو الذي ينقص معدل النكس في داء كرون.
- D. IBD أكثر شيوعاً من سرطان الكولون.
- E. IBD هو السبب الأكثر شيوعاً للإسهال المدمى.
- F. هناك خطر لزيادة حدوث سرطان الكولون في كل من التهاب الكولون القرصي وداء كرون.
- G. الجراحة شافية في داء كرون.
- H. التهاب المستقيم القرصي يماثل المراحل الباكرة من التهاب الكولون القرصي، ولكنه لا يحمل خطر زيادة حدوث السرطان.

[A = خطأ (كألاً من التهاب الكولون القرصي وداء كرون)، B = صح، C = خطأ (أزابيرين و6- ميركابيتوبورين 6-Mercap)، D = خطأ، E = خطأ، F = صح، G = خطأ (استئصال الكولون يشفي التهاب الكولون القرصي ولكن ليس داء كرون)، H = صح]

(6) الإسهال:

- A. الصيام لمدة 24 ساعة سوف يوقف كل الإسهالات الحلوية باستثناء ذلك الناجم عن تناول مضادات الحموضة الحاوية على المغنيزيوم وسوف يُوقف أيضاً الإسهال الإفرازي الناجم عن سوء امتصاص الحموض الدسمة والدسم.
- B. إذا حدث لدى مريض التهاب الكولون الغشائي الكاذب نكس مباشرة بعد إيقاف المعالجة الأولية، فإنه يجب البدء بمعالجة جديدة من صنف مختلف من المضادات الحيوية.
- C. عيار كمية دسم البراز لمدة 3 أيام هو أفضل اختبار مسحي لسوء الامتصاص.
- D. يعرف الإسهال الدهني على أنه وجود < 14 غ/ يوم من الدسم في البراز.
- E. ينجم اختبار الديكسيلوز المنخفض عن أمراض الأمعاء الدقيقة فقط.
- F. ينجم الدرب البطني Celiac sprue عن الحساسية للغلوتين وقد يؤدي إلى لمفوما أمعاء.

G. يمكن لموجودات خزعة الأمعاء الدقيقة في التهاب المعدة والأمعاء الحاد أن تقلد ما يشاهد في الذرب البطني.

H. تنجم بعض الأعراض البطنية في داء وييل عن الانسداد اللمفاوي.

[A = صح، B = خطأ] (نكس الإسهال ينجم عادة عن الأبواغ التي تصبح فعالة - لهذا يجب تكرار نفس المعالجة). C = خطأ (تلوين السودان للبراز هو أفضل اختبار مسح لسوء الامتصاص الإسهال الدهني هو أفضل مشعر لسوء الامتصاص، وإن العيار الكمي لـ 3 أيام هو المعيار الذهبي للتشخيص)، D = صح، E = خطأ (أسباب عديدة: انظر النص)، F = صح، G = صح، H = صح.]

7) السرطان الهضمي:

A. الأدينومات الصغيرة (> 2 سم) المعنقة أكثر احتمالاً لأن تكون خبيثة من الكبيرة (< 2 سم) اللاطئة.
B. تملك بوليبيات فرط التنسج احتمالاً ضئيلاً فقط للخباثة.
C. مستويات CEA جيدة لتحري نكس سرطان الأمعاء فقط إذا كانت مرتفعة قبل الجراحة ونقصت بعدها.
D. الجراحة هي المعالجة المختارة لكل أشكال سرطان الأمعاء.

[A = خطأ، B = خطأ (لا يوجد احتمال للخباثة)، C = صح، D = صح]

8) التهاب البنكرياس:

A. قد تسبب المستويات المرتفعة من الدسم انخفاضاً زائفاً في مستوى الأميلاز في التهاب البنكرياس الحاد.
B. يجب نزع كيسة البنكرياس الكاذبة مباشرة.
C. صورة البطن البسيطة ليست بذات فائدة في تشخيص التهاب البنكرياس المزمن.
D. في الداء السكري الناجم عن التهاب البنكرياس المزمن، يكون المريض أقل عرضة لحدوث نقص سكر الدم.

[A = صح، B = خطأ] (يستطب النزع الجراحي إذا استمرت الكيسة الكاذبة لأكثر من شهر)، C = خطأ (إذا أظهرت صورة البطن البسيطة وجود تكلسات في البنكرياس فيكون تشخيص التهاب البنكرياس المزمن قد وُضع)، D = خطأ (أكثر عرضة)]

9) الجملة الصفراوية الكبدية:

A. يمكن للحصيات الصفراوية أن تنجم عن فرط كوليسترول الدم.
B. يحدث التشمع الصفراوي البدئي عادة عند النساء في متوسط العمر، تكون أصداد المتقدرات إيجابية لدى حوالي 35% من المرضى.

- C. ترتفع مستويات النحاس في الكبد في حالات التشمع الصفراوي البدئي، التهاب الطرق الصفراوية البدئي المصلب، وداء ويلسون.
- D. التهاب الطرق الصفراوية المصلب البدئي يشاهد بصورة أشيع في داء كرون منه في التهاب الكولون القرصي.

[A = خطأ، B = خطأ (90%)، C = صح، D = خطأ (يترافق PSC بقوة مع التهاب الكولون، لهذا فإنه أكثر ما يشاهد في التهاب الكولون القرصي)]

10) التهاب الكبد:

- A. ينتقل التهاب الكبد B و C عن طريق الدم، أما A و E فينتقلان عبر الطريق الفموي - البرازي.
- B. يوصى بالغلوبيولين المناعي (IG) للوقاية من التهاب الكبد B و A.
- C. التهاب الكبد B هو الفيروس RNA الوحيد من فيروسات التهاب الكبد.
- D. يشكل التهاب الكبد C 90% من حالات التهاب الكبد المرافقة لنقل الدم.
- E. يترافق الورم الكبدى hepatoma مع التهاب الكبد B ولكن ليس C.
- F. الإنترفيرون ألفا هو المعالجة المستتابة في CAH المناعي الذاتي.

[A = صح، B = خطأ (IG في HAV و HBIG في HBV)، C = خطأ (HBV هو فيروس التهاب الكبد DNA الوحيد)، D = خطأ (ليس بعد 1990)، E = خطأ (يترافق الورم الكبدى مع كل من HBV و HCV)، F = خطأ (الإنترفيرون ألفا مضاد استتباب في CAH المناعي الذاتي - ويستطب في معالجة CAH الناجم عن HBV و HCV)].

11) التشمع:

- A. لا يجوز بزل أكثر من 1 لتر / يوم.
- B. القلاء ونقص البوتاسيوم هما عاملان يحرضان اعتلال الدماغ الكبدى.

[A = خطأ (لا يجوز إدرار أكثر من 1 ل / يوم)، B = صح].

12) أمراض الكبد الوراثية:

- A. متلازمة Rotor هي نمط من متلازمة Dubin - Johnson .
- B. 99% من مرضى داء الصباغ الدموي لديهم إصابة قلبية.

[A = صح، B = خطأ (15%)].

ONE OR MORE CORRECT ANSWERS

جواب أو أكثر صح

13 (A). حلقة شاتزكي Schatzki.

B. تشنج مري معمم.

C. كارسينوما.

D. صلابة الجلد.

E. تضيق هضمي.

F. الالار تخائية.

1. مريض بعمر 30 سنة لديه ألم صدري وعسرة بلع متقطعة للمواد الصلبة والسوائل.
2. مريض بعمر 25 سنة لديه عسرة بلع متقطعة للمواد الصلبة فقط.
3. عسرة بلع مترقية للمواد الصلبة والسوائل، استنشاق aspiration ليلى.
3. عسرة بلع مترقية للمواد الصلبة فقط مع قصة لإحساس بالذبح.
5. عسرة بلع مترقية للمواد الصلبة والسوائل مع قصة لذبح.
6. مريض 75 سنة مع عسرة بلع مترقية للمواد الصلبة فقط.

[1 (B)، 2 (A)، غالباً ما تكون الأعراض متقطعة بدئياً)، 3 (F)، 4 (E)، 5 (D)، 6 (C)].

14 (A). داء البوليبيات الغدية العائلي.

B. متلازمة Gardner.

C. متلازمة Peutz-Jeghers.

D. داء البوليبيات الشبابي.

1. لا يوجد احتمال للخباثة.

2. خطورة السرطان 100%.

3. أورام عابية hamartomas.

4. أورام غدية.

[1 (D)، 2 (B,A)، 3 (D, C)، 4 (B,A)].

15 (A). حُقن الهيدروكورتيزون الشرجية.

B. بريدنيزون.

C. سلفاسالازين.

D. ميترونيدازول.

E. 6- مركابتوبورين.

F. أزاتيوبرين.

1. المعالجة المختارة لالتهاب الكولون القرصي الخفيف.
2. ينقص معدل النكس في داء كرون.
3. غير فعال في التهاب الكولون القرصي الخفيف إلى المتوسط.
4. المعالجة المختارة لالتهاب الكولون القرصي المتوسط.
5. مَوْقَرٌ للستيروئيد.
6. يسبب نقص خصوبة عكوس عند الرجال.
7. يُنقِصُ معدل النكس في التهاب الكولون القرصي.
8. آمن في الحمل.

1] (A, C, وأيضاً mesalamine)، 2 (F, E)، 3 (D)، 4 (B) ولكن لا يُعطى لفترة طويلة)، 5 (F, E)، 6 (C)، 7 (A, B, C, E, F وأيضاً mesalamine)، 8 (A, B, C)]

16) A. متلازمة جيلبرت

B. متلازمة دوين - جونسون

C. متلازمة غريغلر - نجار

D. متلازمة روتر

E. الركودة الصفراوية السليمة بعد الجراحة.

1. فرط بيليروبين الدم المقترن.
2. فرط بيليروبين الدم غير المقترن.
3. يحدث لدى 7% من السكان.
4. تراكم صبغ خشن في الخلايا الكبدية في مركز الفصيص.
5. زيادة البيليروبين غير المقترن بعد الجراحة.
6. زيادة البيليروبين المقترن بعد الجراحة.

1] (E, B, D)، 2 (A, C)، 3 (A)، 4 (B)، 5 (A)، 6 (E)].

17) A. داء ويلسون.

B. داء الصباغ الدموي.

C. ألفا - 1 - أنتي تريسين

1. وراثي دائماً.
2. زرع الكبد شافٍ.
3. انخفاض السيروتوبلاسمين في المصل.
4. المعالجة المبكرة تؤدي إلى مدى حياة طبيعي.

5. قد يسببه فقر الدم بالأرومات الحديدية أو التالاسيميا .
6. سوء وظيفة نفسية عند اليافعين.
7. الموجودات العينية واسمة مرضية.

[1 (C,A)، 2 (A، C)، ولكن لاحظ بأن مريض داء ويلسون يمكن وضعه على النبسلامين أو trientine إلى أمد غير محدود)، 3 (A)، 4 (B)، 5 (B)، 6 (A)، 7 (A)].

18) A. التهاب الكبد A.

B. التهاب الكبد B.

C. التهاب الكبد C.

D. التهاب الكبد D.

E. التهاب الكبد E.

1. خطورة مرتفعة لحدوث التهاب كبد خاطف في الثلث الثالث من الحمل.
2. يتطلب وجود إصابة مسبقة بالتهاب الكبد B لكي يكون مُمرضاً.
3. سبب 90% من حالات التهاب الكبد بعد نقل الدم قبل 1990.
4. لا توجد حالات حمل/ إزمان.
5. قاتل عادة عند مشاركته بالتهاب كبد B.
6. يكون الخمج شديداً عادة عند اكتسابه كخمج مضاف عند شخص لديه التهاب كبد B مزمن.
7. 5-7% يصبحون بحالة حمل مزمن.
8. 60-75% يصبحون بحالة حمل مزمن.

[1 (E)، 2 (D)، 3 (C)، 4 (E,A)، 5 (C)، 6 (D)، 7 (B)، 8 (C)].

SINGLE BEST ANSWER

أفضل جواب وحيد

19) A زولينجر أليسون (ورم الغاسترين):

B. فرط تنسج خلايا G.

C. بعد استئصال الغار بسبب فرط تنسج خلايا G.

D. طبيعي.

1. لا يوجد تبدل في مستويات الغاسترين بعد التحريض بالسكرتين.
2. ينقص الغاسترين استجابة للتحريض بالسكرتين.
3. يزداد الغاسترين استجابة للتحريض بالسكرتين.
4. لا يوجد تبدل في مستوى الغاسترين بعد وجبة بروتين.

[1 (C)، 2 (D - يحدث أيضاً عند بقاء جزء من الغار بعد عملية استئصال الغار)، 3 (A)، 4 (A)]

20) A. التهاب كولون قرحي.

B. داء كرون.

C. كلاهما.

D. ولا واحد منهما.

1. قرحات عميقة لطخية عابرة للجدار.
2. يبدأ دائماً في المستقيم ومن ثم ينتشر للأعلى.
3. علامة الخيط String.
4. يشفى جراحياً.
5. وجود الأفات الجلدية يتوافق مع فعالية المرض.
6. يترافق مع سرطان الأمعاء.

[1 (B)، 2 (A)، 3 (B)، 4 (A)، 5 (C)، 6 (C)].

21) A. إسهال حلوي.

B. إسهال إفرازي.

C. كلاهما.

D. ولا واحد منهما.

1. إسوي التوتر.
2. $[K^+ + Na^+] -$ حلوية المصل < 50
3. ذيفانات معوية جرثومية.
4. الداء الزلاقي Celiac disease.
5. الإسهال المرافق للصادات.

[1 (C)، 2 (A): فجوة حلوية < 50 تعني حلوي، فجوة حلوية > 50 تعني إفرازي)، 3 (B)، 4 (C)،

5 (D)]

22) A. تشمع صفراوي بدئي.

B. التهاب طرق صفراوية مصلب بدئي.

C. كلاهما.

D. ولا واحد منهما.

1. يحدث عادة عند النساء بمنتصف العمر.
2. مشاركة قوية مع التهاب الكولون.
3. ارتفاع مستوى النحاس في الكبد.

4. إيجابية أضداد المتقدرات.
5. إيجابية أضداد العضلات الملساء.
6. ارتفاع مستوى البيليروبين والفوسفاتاز القلوية.

[1 (A)، 2 (B)، 3 (C): وءاء ويلسون أيضاً)، 4 (A)، 90%؛ إيجابية أحياناً في CAH المناعي الذاتي والمحرض بالأدوية)، 5 (D)، إيجابية فقط في CAH المناعي الذاتي)، 6 (C)]

23 A. عوز B1.

B. عوز B2.

C. عوز B6.

D. عوز B12.

E. عوز النياسين.

F. عوز الفيتامين C.

G. عوز الفيتامين A.

H. عوز الفيتامين D.

I. عوز الفيتامين E.

1. سبب رئيسي للعمى.
2. فيرنيكه – كورساكوف
3. متلازمة الكارسينويد.
4. الفينوتيازينات ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
5. نزوف ضمن المفاصل، نزوف شظوية – نمشات
6. الإيزونيازيد.
7. فقد المنعكسات، تنكس العمود الخلفي.
8. تلين عظام
9. التهاب لسان، التهاب فم، إسهال، عته.
10. التهاب لسان، نوب اختلاجية
11. قصور قلب.

[1 (G)، 2 (A)، 3 (E)، 4 (B)، 5 (F)، 6 (C)، E. ما هذا جوابان لهذا السؤال)، 7 (I)، 8 (H)، 9 (E)، 10 (C)، 11 (A)].

SHORT CASE SCENARIOS

قصص مرضية قصيرة

24) مريض بعمر 40 سنة يراجع بقصة عسرة هضم منذ 3 أشهر تزول بتناول الطعام لا توجد أعراض

أخرى ما هي الإجراءات التشخيصية المستطبة؟

[لا شيء، يجب القيام بإجراءات تشخيصية فقط عند استمرار الأعراض مع مضادات الحموضة وإذا

كانت إشارات ALARM غائبة (انظر النص).]

25) مريض لديه قصة طويلة من عسرة هضم ولديه حالياً صعوبة في بلع الجوامد. ما هو الاختبار

الواجب إجراؤه الآن؟

[EGD لتحري وجود تضيق هضمي محتمل].

26) مراهق لديه عد، راجع بعسرة هضم وعسرة بلع. ما هو التشخيص المحتمل؟ ما هي الإجراءات

التشخيصية؟ ما هي المعالجة؟

[التهاب مري محرض بالدوكسيسيكليين، لا داعي لعمل شيء. معالجة عرضية وإيقاف الدوكسيسيكليين].

27) مريض بعمر 70 سنة يشرب الكحول، مع قصة عسرة بلع متروية، في البداية للجوامد ثم للسوائل،

ما هو الاختبار الأولي في الإجراءات التشخيصية وما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟

[EGD، السرطان هو السبب الأكثر احتمالاً، يجب التفكير بالسرطان لدى أي شخص < 65 سنة

خاصة إذا كان يشرب الكحول أو يدخن].

28) مريض بعمر 50 سنة مع بدء حديث لألم شرسوفي حارق CBC طبيعي، حموضة المعدة طبيعية،

EKG طبيعي أظهر EGD التهاب المعدة فقط. هل الاحتمال الأكبر هو التهاب معدة A أو B؟ وهل

من المحتمل أن يترافق مع الملوية البوابية H.pylori؟

[نعم، B، نعم].

29) مريض داء كرون تطور لديه إسهال بعد 3 أشهر من الجراحة حيث تم استئصال 15 إنش من

اللفائفي البعيد. ما هو السبب المحتمل؟ وما هي المعالجة؟

[ربما لدى هذا المريض إسهال محرض بالحموض الصفراوية والذي يعالج بخالبات

الحموض الصفراوية مثل الكولسترامين يحدث الإسهال الدهني عند استئصال < 100 سم من

اللفائفي البعيد، ويتم البدء بحمية قليلة الدسم أحياناً تستخدم الغليسيريديتات الثلاثية متوسطة

السلسلة].

30) راجع مريض بقصة براز طري متكرر متقطع لمدة سنوات احتوى البراز على WBCs ودم C+S و O+P سلبية في 3 عينات براز. بتنظير الكولون وُجد التهاب مخاطية بدءاً من المستقيم وحتى الكولون السيني الداني، ما هو التشخيص؟ ما هي المعالجة الأولية؟ ما الذي يستخدم إذا لم تنجح المعالجة الأولية؟ هل لدى هذا المريض خطورة للسرطان؟

[التهاب كولون قرحي، سلفاسالازين فموياً، mesalamine فموياً أو عبر المستقيم، أو حقن شرجية من الهيدروكورتيزون، بريدنيزون، نعم - سرطان الكولون].

31) مريضة بعمر 50 سنة لديها قصة التهاب بنكرياس مزمن منذ 3 سنوات ناجم عن ETOH. بدأ لديها منذ شهرين إسهال ذو رائحة كمية الدسم في براز 3 أيام كانت 60غ، ما هو السبب المحتمل للإسهال؟ ما هي الاختبارات التي يمكن إجراؤها لتأكيد هذا التشخيص؟

[قصور بنكرياس، اختبار امتصاص الديكسيلوز، يظهر فحص البراز ألياف لحمية غير مهضومة، ودسم عصبية neural fat ودسم مشطورة split fat (حموض دسمة حرة مرجعة بالليباز). تشير الألياف اللحمية غير المهضومة إلى نقص الهضم. ويتأكد التشخيص أكثر بالاستجابة الإيجابية للمعالجة بالأنزيمات البنكرياسية].

32) مريضة 50 سنة تراجع بقصة حمى مع ألم في الربع السفلي الأيسر من البطن وبراغ مدمى منذ يوم واحد، لديها مضض مرتد في منطقة الألم. أي مما يلي صحيح؟

- A. يمكن إيجاد كتلة سينية بالفحص السريري
 B. التشخيص الأكثر احتمالاً هو السبب الأكثر شيوعاً للنزف الهضمي عند المسنين.
 C. قد تسبب المشكلة المحتملة انسداداً معوياً كولونياً.
 D. يجب القيام بالإجراءات التشخيصية من أجل سرطان الكولون عند زوال الأعراض، إذا لم تكن مجرأة سابقاً.
 E. كل ما سبق.

[E]

33) تراجع امرأة 45 سنة بشكاوى حمى مع تعب منذ أسبوعين ويريقان منذ أسبوع. تعيش في منطقة فقيرة وتقول بأن آخر مرة تناولت فيها مخدرات وريدياً كانت (منذ سنة). أظهرت فحوصات الدم: ALT 1300، AST 1250، البيليروبين 4.5، anti-HAV IgG، anti-HAV IgM سلبية، HbsAg سلبية، HbeAg سلبية، anti-HbsAg سلبية، HbCAG سلبية أي مما يلي صحيح؟ قد يكون هناك أكثر من جواب صحيح.

- A. المريضة لديها التهاب كبد
 B. المريضة ليس لديها التهاب كبد
 C. التهاب الكبد C هو السبب الأكثر احتمالاً.

D. التشمع الصفراوي البدئي هو السبب الأكثر احتمالاً.

E. لا شيء مما سبق.

E. المريضة ليس لديها التهاب كبد A (والا لكان anti-HAV-IgM إيجابياً). قد تكون المريضة بفترة (النافذة) من التهاب الكبد B، ويجب إجراء anti-HbcIgM. قد يتظاهر التشمع الصفراوي البدئي بفرط بيليرومين، ولكن لا تكون الترانس أميناز الكبدية بهذا الارتفاع وبافتراض أن المريضة تبلغ بتوقيت آخر جرعة مخدرة وريدية، فإن التهاب الكبد B محتمل أكثر من C. يجب أيضاً إجراء اختبار HIV

OPEN-ENDED QUESTIONS

أسئلة بدون خيارات

34) ما هي الاختبارات الثلاث التي يمكن استخدامها في الإجراءات التشخيصية للقلس المعدي المريئي؟

إذا كان المريض مقاوماً للمعالجة الأولية أو إذا كانت هناك علامات إنذار يجب إجراء التنظير الباطني إذا كان EGD طبيعياً والمريض لديه أعراض معندة، عندها يجب إجراء إما مرقاب pH ضمن المريء لمدة 24 ساعة أو اختبار Bernstein.

35) ما هو مرض النسيج الضام الأكثر شيوعاً الذي يؤثر على المري؟

[صلابة الجلد]

36) ما هي الفحوصات التنظيرية الدورية التي يجب إجراؤها لدى مريض لديه فقر دم وبيبل؟

[لا شيء لأن نسبة حدوث سرطان المعدة منخفضة جداً، إن زيادة سرطان المعدة ثلاثة أضعاف ليس كافياً لإجراء فحوصات دورية تنظيرية].

37) ما هي المادة التي يسبب الكارسينويد عدم تحملها عادة؟

[ETOH]

38) ما هي الحالات الأربعة لفرط غاسترين الدم المترافقة مع الكارسينويد المعدي؟

[فقر الدم الوبيل، التهاب المعدة المزمن، ZE، القصور الكلوي، فرط نشاط الدرق، والبهاق].

39) سَمِّ محرضات إنتاج الحمض المعدي الصماوية العصبية neurocrine، الصماوية endocrine، ونظيرة الصماوية paracrine.

[الصماوية العصبية = العصب المبهم: الصماوية: الغاسترين ونظيرة الصماوية: الهيستامين]

40) ما هي الأدوية المفضلة في المرض الكلوي الشديد: السوكرفالات، حاصرات H2، أم مثبطات مضخة البروتون؟

[من بين الأدوية السابقة السوكرفالات هو الأفضل لأنه أيضاً يربط Po4]

41) ما هي المعالجات الأولية للخمج بالملوية البوابية *H.pylori*؟

تستخدم عادة معالجة ثلاثية: صادان حيويان مع مثبط مضخة بروتون. إحدى المعالجات الجيدة مع معدل اجتثاث تقارب 90% هي O-CLAM (أوميبرازول 20 مغ + كلاريتروميسين 500 مغ + أموكسي سلين 1 غ مرتان يومياً لمدة عشرة أيام).

42) أيهما أفضل (ولماذا) لتشخيص سبب النزف الهضمي العلوي: التصوير الهضمي العلوي الظليل UGI أم التنظير الباطني؟

التنظير الباطني. لأنه سوف يكشف تمزق ماللوري - ويس، التهاب المعدة بالشدّة Stress، ومتلازمة أوسلر - ويبر - رندو والتي يغفلها UGI عادة.

43) هل من المحتمل أن تكون القرحة خبيثة عند مريض لديه قرحة مع لاهيدروكلورية بعد وجبة محرّضة؟

[نعم].

44) ما هي الأذية المخاطية المرتبطة بالشدّة stress related mucosal damage؟ وما هما الصنفان الدوائيان المستخدمان لمعالجتها؟

SRMD هي PUD أو التهاب المعدة مترافق مع مرض حَرَج مضادات الحموضة وحاصرات H2 معالجة فعالة.

45) ما هي التظاهرات خارج المعويّة لـ IBD والتي لا تتحسن مع تحسن التهاب الكولون؟

التهاب الطرق الصفراوية المصلب البدئي، التهاب العنابية، والتهاب الفقار المقسط.

46) ما هي الأدوية الموفرة للبردنيزون المستخدمة في IBD؟

[6- مركابتوبورين والأزاثيوبرين].

47) ما هما التأثيران الجانبيان المهمان للسلفاسالازين؟

[نقص الكريات البيض، ونقص خصوبة عكوس عند الرجال].

48) ما هي الأدوية التي تقلل النكس في داء كرون؟ وفي التهاب الكولون القرّحي؟

الأدوية الوحيدة التي تنقص معدل النكس في داء كرون هي الأزاثيوبرين و6- مركابتوبورين، بينما كل الأدوية المعيارية تنقص معدل النكس في التهاب الكولون القرّحي.

49) ما هي علامة (الخيطة) "String Sign"؟

إي داء كرون قد يصبح للفاثي الانتهائي متوذكماً إلى درجة تصبح معها اللمعة مضغوطة وتظهر بشكل خيط من المادة الظليلة تدفع الزومة بقية الأمعاء بعيداً لهذا يظهر (الخيط) جيداً.

50) ما هو الداء المعوي الانتهائي الأكثر احتمالاً لأن يسبب إسهالاً محرضاً بالحموض الصفراوية؟

إيملك داء كرون (وليس التهاب الكولون القرخي) مشاكل مرتبطة بالمرض / استئصال اللفاثي الانتهائي مثل الحصيات الكلوية من نمط الأوكسالات، حصيات صفراوية كولسترولية، عوز B12، نقص كلس الدم (سوء امتصاص الفيتامين D)، إسهال محرض بالحموض الصفراوية (عند استئصال > 100 سم من اللفاثي)، الإسهال الناجم عن انخفاض الحموض الصفراوية (الإسهال الدهني) (عند استئصال < 100 سم من اللفاثي).

51) متى يوصى باستئصال الكولون في التهاب الكولون القرخي؟

إُحتفظ باستئصال الكولون في US للحالات التالية: 1. التهاب كولون قرخي خاطف لا يستجيب للستيروئيدات أو الصادات، و2. إذا كان لدى المريض عسر تصنع (ثدن) في آفة كتلية أو عسر تصنع عالي الدرجة في مخاطية مسطحة.

52) ما هو الفرق بين الإسهال المرافق للصادات والتهاب الكولون المرافق للصادات؟

الإسهال المرافق للصادات هو مشكلة سوء حركية، أما التهاب الكولون المرافق للصادات فهو التهاب كولون غشائي كاذب ينجم عن المطثيات الصعبة.

53) في الإسهال الغازي: ما هو النمط الأكثر شيوعاً؟ ما النمط الذي يسبب آلاماً مفضلية؟ ما هو النمط المشاهد لدى مرضى الداء المنجلي أو اللاهيدروكلورية؟

ينجم الإسهال الغازي invasive الأكثر شيوعاً عن العطيفة Compylobacter. تترافق اليرسينيا Yersinia مع آلام مفضلية وطفح. تشاهد السالمونيلا لدى مرضى الداء المنجلي أو اللاهيدروكلورية.

54) لماذا يكون الكارسينويد القصي عرضياً أكثر من الكارسينويد في المواقع الأخرى؟

يفرز الكارسينويد القصي وسائط فعالة وعائياً مباشرة ضمن الدوران الشرياني مسبباً أعراضاً أكثر (توهج، هبوط توتر شرياني، تسرع قلب، وإسهال انفجاري).

55) ما هو سبب الإسهال عادة عند مريض AIDS لديه نقص وزن وإسهال ولكن بدون حمى؟ ما هي الأسباب الأخرى المحتملة مع الحمى؟

عند وجود إسهال مع نقص وزن بدون حمى لدى مريض AIDS يجب الشك بخفيات الأبواغ Cryptosporidia (السبب المعتاد)، المتحولة الحالة للنسج، الجيارديا، متمائلة البوائغ Isospora، الأسطوانيات، واعتلال الأمعاء ب HIV. ملاحظة: كل هذه العضويات غير غازية عند وجود حمى

يجب التفكير بالمتفطرة mycobactrium، العطيفة campylobacter، السالمونيلا، المستخفيات cryptococcus، النوسجات Histoplasma، والحمة المضخمة للخلايا CMV.

56) ما هما السببان الإمبراضيان الأساسيان لسوء الامتصاص؟ وكيف يتم التمييز بينهما؟

إنجم سوء الامتصاص إما عن نقص النقل عبر المخاطية أو عن نقص الهضم الناجم عن قصور البنكرياس. يتم التمييز بينهما باختبار امتصاص الديكسيلوز. اعرف هذا الاختبار!!!.

57) إذا كان لدى المريض 100 غ/ يوم دسم في البراز فالتشخيص هو ——— كيف ستكون نتيجة

اختبار امتصاص الديكسيلوز؟

إقصور بنكرياس، لا يعتمد امتصاص الديكسيلوز على تفككه بالأنزيمات البنكرياسية، لذا يكون اختبار امتصاص الديكسيلوز طبيعياً في قصور البنكرياس.

58) ما هي المواد الأخرى التي يتم امتصاصها بطريقة مماثلة للديكسيلوز؟

يتم امتصاص الكاروتين، الفيتامين K، الفيتامين D، الفولات والحديد بشكل مماثل للديكسيلوز غير معتمدة على الهضم بالأنزيمات البنكرياسية.

59) ما الذي يخطر ببالك عند مشاهدة بالعات كبيرة رغوية على خزعة أمعاء دقيقة؟

داء ويبل.

60) في أي عمر تبدأ اختبارات المسح لسرطان الكولون؟ ما هي اختبارات المسح الموصى بها، وما هي فترة

تكرارها؟

إتوصيات المسح الحالية هي بإجراء فحص مستقيم (مس شرجي) والدم الخفي بالبراز (غواياك البراز) stool guaiacs سنوياً، وتنظير السين المرن كل 3 سنوات بعد سن 50 سنة ابدأ بعمر 40 سنة عند وجود خطورة مرتفعة قليلاً (أي قصة عائلية إيجابية). عند المرضى ذوي الخطورة العالية استعمل تنظير الكولون فقط لأنه أفضل طريقة لتحري سرطان الكولون.

61) ما هو السبب الأكثر شيوعاً لانسداد الأمعاء الدقيقة؟ انسداد الكولون؟

السبب الأكثر شيوعاً لانسداد الأمعاء الدقيقة هو الالتصاقات الأسباب الأكثر شيوعاً لانسداد الكولون هي بترتيب تنازلي: الكارسينوما، ثم التهاب الرتوج، ثم الانفتال.

62) ما هو الشكل الأكثر شيوعاً للإقفار المعوي؟

التهاب الكولون الإقفاري خاصة عند مرضى قصور القلب الاحتقاني CHF. تشاهد علامة بصمة الإبهام على الصورة الشعاعية X أو رخصة الباريموم BE.

63) ما هي تقنية الفحص السريري التي تسمح لك بالتمييز ما بين الكولون العرطل عصبي المنشأ

والمكتسب؟

[فحص المستقيم بالإصبع. في الكولون العرطل الناجم عن إمساك نفسي المنشأ يبيدي فحص المستقيم بالإصبع وجود مستقيم متوسع مع براز. في الكولون العرطل اللاعقدي يكون المستقيم فارغاً.]

(64) ما هو السير العام لكتلة بنكرياسية عند مريض لديه التهاب بنكرياس؟

[عادة ما تزول الكتلة البنكرياسية في التهاب البنكرياس الحاد - ولكنها قد تكون كيسة كاذبة والتي إذا ما استمرت لأكثر من شهر فسوف تحتاج إلى تفجير جراحي. وجود حمى وصدمة مرافقة يوحي بوجود خراج.]

(65) ما هي الأسباب الأكثر شيوعاً لالتهاب البنكرياس الحاد؟ والتهاب البنكرياس المزمن؟

[التهاب البنكرياس الحاد: إدمان الكحول والحصى الصفراوية التهاب البنكرياس المزمن: تناول ETOH المزمن.]

(66) بالإضافة إلى التهاب البنكرياس، سمّ ستة أسباب أخرى للألم البطني المترافق بارتفاع الأميلاز.

[التهاب البنكرياس الحاد، التهاب المرارة الحاد، احتشاء الأمعاء، الحمض الخلوي السكري، انثقاب القرحة، التهاب البوق، والحمل الهاجر. الأسباب الأخرى لفرط الأميلاز هي زيادة الأميلاز اللعابي ووجود الأميلاز الكبيري في الدم (macroamylasemia) حالة سليمة تنجم عن نقص الطرح البولي للأميلاز.]

(67) كيف تجب السيطرة على الداء السكري الناجم عن التهاب البنكرياس المزمن - بشكل صارم أم لا؟ ولماذا؟

[بشكل غير صارم. لأن هؤلاء المرضى معرضون بشدة لنقص سكر الدم لأنه ليس لديهم غلوكاكون.]

(68) ما هي المعالجة الملائمة لمريض لديه حصيات صفراوية وليست لديه أعراض؟

[لا تستطب أية معالجة.]

(69) متى يستخدم HIDA scan؟

[أفضل ما يستخدم HIDA scan لتأكيد الانسداد الحاد للقناة المرارية (أي التهاب المرارة الحاد).]

(70) ما هي الأمراض التي تكون فيها أزداد العضلات الملس إيجابية عادة؟ وتلك التي تكون فيها أزداد المتقدرات إيجابية؟

[تشاهد أزداد المتقدرات لدى 90% من مرضى التشمع الصفراوي البدئي وتشاهد أيضاً في التهاب الكبد المزمن الفعال بنوعيه المحرض دوائياً والمناعي الذاتي. تشاهد أزداد العضلات الملس فقط في التهاب الكبد المزمن الفعال المناعي الذاتي.]

(71) سمّ 3 أمراض يرتفع فيها مستوى النحاس في الكبد.

التهاب الطرق الصفراوية المصلب البدئي، داء ويلسون، والتشمع الصفراوي البدئي.]

(72) لالتهاب الطرق الصفراوية المصلب البدئي تشارك وثيق مع أي مرض؟

التهاب الكولون: سواء التهاب الكولون القرصي أو داء كرون عندما يصيب الكولون.]

(73) ما هما المرضان اللذان يحصل فيهما تشحم كبد بحويصلات دقيقة؟

تكون قطيرات الدسم حويصلية دقيقة في تشحم الكبد الحاد الحلمي وفي متلازمة راي جميع الأنماط الأخرى لتشحم الكبد الناجم عن: ETOH، سوء التغذية البروتيني، AODM، البدانة، أو فرط التغذية الوريدية المطول - تخزن الدسم بشكل قطيرات شحمية سيتوبلاسمية كبيرة (أي حويصلات كبيرة).]

(74) ما هي فيروسات التهاب الكبد التي تنتشر عبر الطريق الضموي - البرازي؟ عن طريق الدم؟

الضموي البرازي: A و E، عن طريق الدم: C, B و D.]

(75) كيف يتأثر المريض المصاب بالتهاب الكبد D إذا تم اكتسابه عند حامل التهاب كبد B؟ (وأيضاً عند مريض لديه HBV حاد)؟

التهاب الكبد D عادة لن يجعل التهاب الكبد B الحاد أكثر سوءاً، ولكن إذا تم اكتسابه كخمج مضاف عند حامل HBV فيكون الخمج شديداً جداً.]

(76) سمّ أسباب التهاب الكبد المزمن المرّمزة بالأحرف: "ABCDE".

[A: مناعي ذاتي، B: التهاب الكبد B، C: التهاب الكبد C، D: أدوية، E: إلى آخره (etcetera) والذي يتضمن الكحول، عوز الألفا -1 أنتي تريپسين، داء ويلسون، وداء الصباغ الدموي.]

(77) ما هي المعالجة المختارة لالتهاب الكبد المزمن B؟ والتهاب الكبد المزمن C؟

الإنترفرون ألفا هو المعالجة الطبية الوحيدة للأشكال المزمنة الفعالة من التهاب الكبد B و C.]

(78) ما هو الواسم المصلي للورم الكبدي؟

[ألفا - فيتوبروتين.]

(79) ما هي معالجة نرف دوالي المري؟ وما الذي يُعطى لإنقاص عودة النزف؟

المعالجة الأولية لنرف الدوالي الفعال هي المعالجة المصلية عبر التنظير الباطني. يستخدم الفازوبريسين مع النتروغليسرين إذا لم يتوافر التنظير الباطني، يستطب TIPSS (تحويللة جهازية بابية ضمن الكبد عبر الوداجي) إذا حدث نرف تال. ويعطى البروبرانولول للوقاية.]

(80) في الحين، إلّا ما يشير ارتفاع ممال ألبومين المصل - ألبومين الحين بمقدار (< 1.1)؟ وما هي

الأمراض التي يكون فيها مستوى البروتين في سائل الحين مرتفعاً؟

إن وجود ممال ألبومين-مصل- ألبومين حبن < 1.1 (أي نقص مستوى ألبومين الحبن) إلى فرط توتر بابي ويشاهد في الحبن الناجم عن قصور القلب الأيمن، التشمع، قصور الكبد الخاطف، متلازمة بود-كياري، والوذمة المخاطية أما مستوى البروتين في الحبن (< 2.5) فيشاهد في الحبن القلبي، المتلازمة النفروزية، التهاب البنكرياس، التهاب البريتوان الدرني، والسُّراط البريتواني carcinomatosis. وباستثناء الأولى يكون SAAG > 1.1 في كل الحالات (أي ارتفاع مستوى البروتين في الحبن)؛

81) سَمِّ 5 عوامل قد تحرض الاعتلال الدماغي الكبدي، هل يحرضه NH₃ أو NH₄⁺؟ ولماذا؟

يمكن للاعتلال الدماغي الكبدي أن يتحرض بالنزف الهضمي، ذات الرئة، زيادة الوارد البروتيني، نقص البوتاسيوم، المركبات، والقلاء أيضاً والذي يزيد نسبة أمونيا/ أمونيوم (NH₃/NH₄⁺). الشكل غير المؤين فقط HN₃ (أمونيا) هو الذي يعبر الحاجز الوعائي - الدماغي.

82) إذا راجع مريض كحولي بنزف مع تناول PT يتصحح بسهولة بإعطاء الفيتامين K، فهل السبب هو مرض كبدي؟

{لا. السبب هو سوء امتصاص}

83) لماذا لا يمر سوى البيليروبين المقترن فقط في البول؟

يرتبط البيليروبين المقترن بالألبومين بدرجة أقل قوة من البيليروبين غير المقترن وتمر 5% من البيليروبين المقترن غير المرتبط بالألبومين بسهولة إلى البول. لهذا فإن بيلة البيليروبين تعني فرط البيليروبين المقترن، وبما أن عملية اقتران البيليروبين تتم في الكبد، فإن بيلة البيليروبين تشير إلى وجود ركودة صفراوية.

84) إذا حدث لدى المريض زيادة في البيليروبين المقترن بعد العمل الجراحي فما هو السبب المحتمل؟ وإذا كانت الزيادة بالبيليروبين غير المقترن فما هو السبب المحتمل؟

تشير زيادة البيليروبين المقترن بعد جراحة كبرى إلى الركودة الصفراوية السليمة بعد الجراحة أما زيادة البيليروبين غير المقترن بعد جراحة كبرى فتشير إلى متلازمة جيلبرت.

85) ما هي الاختبارات الدموية التي توحى بداء الصباغ الدموي؟ ما هو الاختبار المؤكد؟ ما هي المعالجة؟ هل تحسن المعالجة الوظيفة القلبية؟

إيوحي بتشخيص داء الصباغ الدموي وجود مستويات مصلية مرتفعة من الحديد، الفيريتين، والترانسفيرين. خزعة الكبد فقط هي التي تؤكد التشخيص تؤدي معالجة داء الصباغ الدموي إلى نقص الاصطبغ الجلدي، تحسن الوظيفة القلبية، والعمر المتوقع. إذا فقدت الصفات الجنسية الثانوية قبل المعالجة فإنها سوف لن تعود (الأذية حدثت). المعالجة هي بالفصادة الدورية.