

محتوى من /blog/sort-affoering/

البراز الأسود (Melena): متى يكون خطيراً - ومتى تحتاج إلى تنظير المعدة؟



البراز الأسود القطراني يُسمى طبيياً **melena** وهو أحد أعراض الإنذار الكلاسيكية في الجهاز الهضمي. السبب الأكثر شيوعاً هو نزيف من الجزء العلوي من الجهاز الهضمي - المريء أو المعدة أو الاثني عشر - حيث يهضم حمض المعدة والبكتيريا الدم فيتلون البراز باللون الأسود [1]. ما يصل إلى 80% من الحالات تكون بسبب مصدر يمكن رؤيته عبر تنظير المعدة.

لماذا يتحول البراز إلى الأسود؟

لظهور melena، يجب أن يبقى الدم في الجهاز الهضمي لمدة 6-8 ساعات على الأقل، وأن تكون كميته على الأقل 50 مل [1]. يتحول الهيموغلوبين إلى هيماتين وكبريتيد الحديد، مما يصبغ البراز بلون أسود لامع ويعطيه رائحة حلوة كريهة مميزة.

أكثر الأسباب شيوعاً

المصدر	التكرار	العلامات النموذجية
قرحة المعدة (Peptic ulcer)	30-50%	ألم شرسوفي، <i>Helicobacter pylori</i> ، استخدام مضادات الالتهاب
التهاب المعدة التآكلي	10-20%	مسكنات، كحول، إجهاد
دوالي المريء	5-15%	تليف الكبد، تقيؤ الدم المصاحب
ارتجاع حمض المعدة (GERD) مع التهاب المريء	5-10%	حرقة، ألم عند البلع
تمزق Mallory-Weiss	5%	بعد تقيؤ شديد
سرطان المعدة	2-5%	فقدان وزن، فقدان الشهية، السن >50

melena كاذبة (ليس نزيفاً) قد تنتج عن: مكملات الحديد، عرق السوس، التوت الأزرق، أقراص الفحم، البزموت.

متى يجب طلب المساعدة - بشكل عاجل؟

اتصل بـ 112 أو رقم الطوارئ 1813 عند وجود:

- براز أسود + دوخة، شحوب، خفقان، إغماء
- براز أسود + تقيؤ دموي أو يشبه "تفل القهوة"
- براز أسود + آلام بطن شديدة
- تليف كبد معروف أو اضطراب نزيف

في حالة melena واضحة مع دوخة وتعب فيجب إحالتك إلى المستشفى بشكل عاجل أو شبه عاجل - حيث يشير ذلك إلى فقدان دم كبير وضرورة التشييت السريع وربما نقل الدم.

NICE CG141، التوصية 1.3.1: "Offer endoscopy to unstable patients with severe acute upper gastrointestinal bleeding immediately after resuscitation." [5]

في حال الاشتباه بوجود melena بدون أعراض أخرى ومع هيموغلوبين مستقر (مريض منخفض الخطورة بدرجة ≤ 1 Glasgow-Blatchford) يمكن إجراء التشخيص والعلاج في العيادة الخارجية في عيادة متخصصة بتنظير المعدة خلال 24 ساعة.

ESGE 2021، التوصية 1: "ESGE recommends in patients with acute upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH) the use of the Glasgow-Blatchford Score (GBS) for pre-endoscopy risk stratification. Patients with $GBS \leq 1$ are at very low risk of rebleeding, mortality within 30 days, or needing hospital-based intervention and can be safely managed as outpatients with outpatient endoscopy." [6]

NICE CG141، التوصية 1.1.2: "Consider early discharge for patients with a pre-endoscopy Blatchford score of 0." [5]

البراز الأسود وحده - بدون أعراض أخرى - يستدعي مراجعة الطبيب العام أو الأخصائي خلال أيام قليلة.

كيف يتم تشخيص melena

1. التاريخ المرضي: مضادات الالتهاب، مميعات الدم، الكحول، مكملات الحديد، قرحة سابقة.
2. الفحص السريري: النبض، ضغط الدم، الحاجة إلى نقل دم.
3. تحاليل الدم: هيموغلوبين، فيريتين، INR، اختبارات الكبد، اليوريا (ترتفع في نزيف الجهاز الهضمي العلوي).
4. **تنظير المعدة الفموي** - المعيار الذهبي، يُجرى خلال 24 ساعة في النزيف الحاد [2].
5. **تنظير المعدة الأنفي** - بديل ألطف للتنظير الفموي، بدون تخدير.
6. **تنظير القولون** - يُؤخذ في الاعتبار إذا لم يُظهر تنظير المعدة مصدراً للنزيف (~5-10%).

العلاج

الحاد:

- الاستقرار بالسوائل وقد يتطلب نقل دم
- مثبت مضخة البروتون (PPI) عبر الوريد
- **الإرقاء بالتنظير** أثناء تنظير المعدة: clips، حقن الأدرينالين، التبخير الحراري [3]
- في حالة **الدوالي**: الربط بمطاط

شبه الحاد والوقائي:

- **استئصال *Helicobacter pylori* عند قرحة المعدة** - يقلل معدل الانتكاس من ~60% إلى أقل من 10% [4]
- التوقف عن مضادات الالتهاب، أو التحويل إلى علاج محمي بـ PPI
- تقليل الكحول
- تقييم أورامي عند الاشتباه بسرطان

العلاج في Kirurgen.dk

نقدم **تنظير المعدة الفموي والأنفي** في العيادة الخارجية ضمن نظام التأمين الصحي العام - عادةً خلال 1-2 أسبوع. اقرأ أيضاً مقالاتنا عن *Helicobacter pylori* وقرحة المعدة، إرتجاع GERD و**تنظير المعدة الأنفي مقابل الفموي**.

المراجع

1. Wilkins T, Khan N, Nabh A, Schade RR. *Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding*. Am Fam Physician 2012;85(5):469-76.
2. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. *Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: international consensus group*. Ann Intern Med 2019;171(11):805-22.
3. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. *ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding*. Am J Gastroenterol 2021;116(5):899-917.
4. Ford AC, Gurusamy KS, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. *Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori-positive people*. Cochrane Database Syst Rev 2016;(4):CD003840.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management*. Clinical Guideline CG141, 2012 (محدّث 2016). [nice.org.uk/guidance/cg141](https://www.nice.org.uk/guidance/cg141)
6. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. *Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): ESGE Guideline - Update 2021*. Endoscopy 2021;53(3):300-332.
7. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. *A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage*. Lancet 2000;356(9238):1318-21.

اقرأ أيضًا

قرحة المعدة