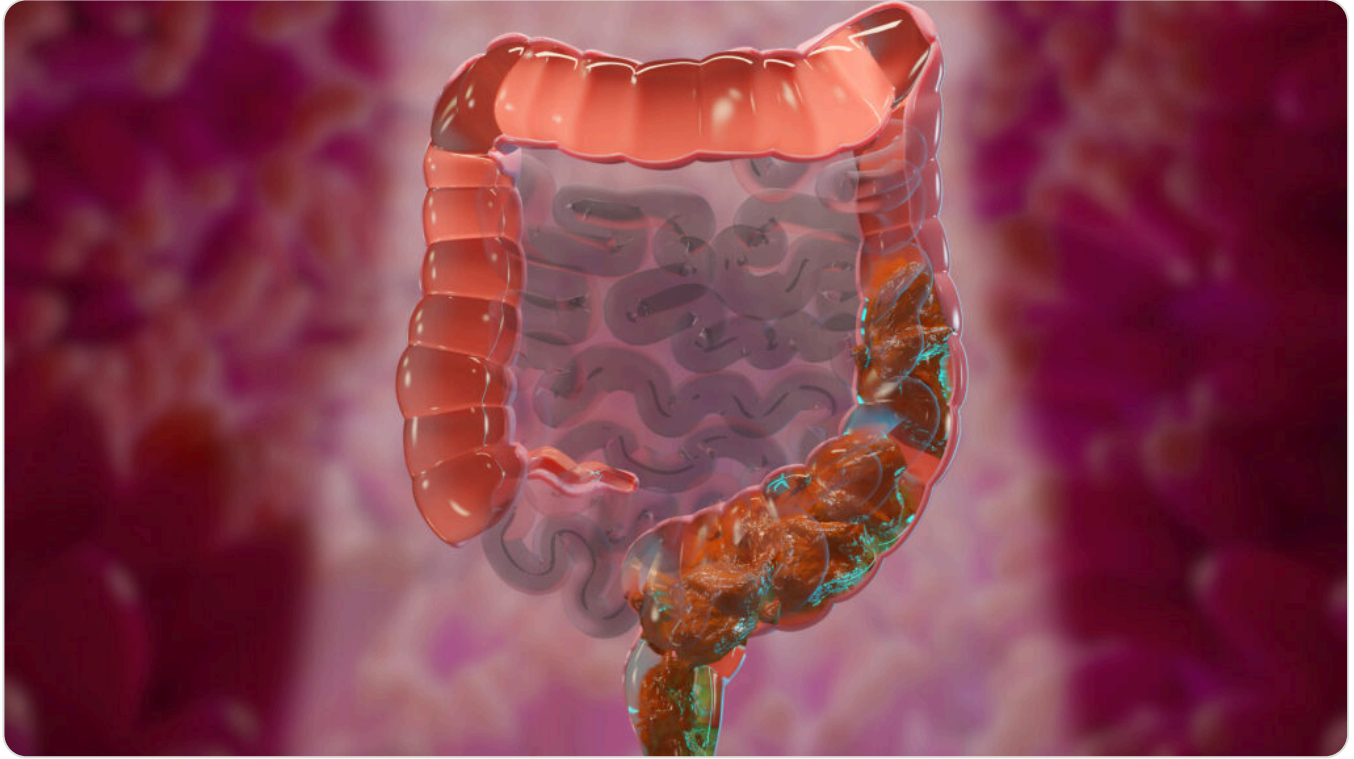


المحتوى من /blog/kronisk-forstoppelse/



الإمساك المزمن: متى يجب إشراك الجراح؟ (الأسباب، التشخيص، والعلاج الجراحي)

مقدمة: فهم الإمساك الوظيفي المزمن (FC)

يعد الإمساك الوظيفي المزمن (Chronic Functional Constipation - FC) اضطراباً شائعاً ومعقداً في الجهاز الهضمي، ويتطلب تقييماً دقيقاً وخطة علاجية مخصصة.

بالنسبة لنا كجراحين، فإنه من **الأهمية بمكان فهم الاختلالات الفسيولوجية الكامنة**. فقبل التفكير في أي تدخل جراحي، يجب استنزاف جميع **خيارات العلاج التحفظي**. يقدم لك هذا المقال دليلاً مفصلاً لفهم وتشخيص وعلاج هذه الحالة المعقدة.

الجزء الأول: ما هو الإمساك المزمن؟ النوعان الرئيسيان

يُعرف **الإمساك المزمن** بأنه **صعوبة مستمرة في التبرز لأكثر من ثلاثة أشهر**، مع استبعاد الأسباب الهيكلية (مثل الأورام أو الضيق).

يمكن تقسيم الإمساك الوظيفي (FC) بشكل أساسي إلى نوعين فسيولوجيين رئيسيين. ويعد التقييم الجراحي ضرورياً للتمييز بينهما:

1. إمساك العبور البطيء (Slow Transit Constipation - STC)

يتمثل هذا في تأخر انتقال البراز عبر القولون. تؤدي حركية القولون المنخفضة إلى امتصاص كمية زائدة من الماء، مما ينتج عنه:

- **براز صلب ومكثّل** (مقياس بريستول النوع 1-2).
- **صعوبة في المرور.**
- **العلاج:** غالباً ما يكون طبيياً في المقام الأول مع التركيز على المليّنات، وفي حالات نادرة يكون جراحياً.

2. اضطراب التبرز (خلل التآزر في عضلات قاع الحوض)

هنا يكون وقت العبور طبيعياً، لكن عملية الإفراغ عند المستقيم تكون معيقة ميكانيكياً. غالباً ما تعود الأسباب إلى قاع الحوض أو عيوب تشريحية:

المشكلة	الوصف
تشنج المصرة (Anismus)	انقباض غير مناسب لعضلات قاع الحوض (بدلاً من الاسترخاء) أثناء عملية الإفراغ.
تدلي المستقيم/ القيلة المستقيمية	صعوبة في الإفراغ بسبب عيب تشريحي حيث: * يندفع جدار المستقيم باتجاه المهبل (القيلة المستقيمية - Rectocele)، أو * يندفع الجزء السفلي من الأمعاء للخارج عبر فتحة الشرج (تدلي المستقيم - Rectal Prolapse).

الجزء الثاني: تقييم الأخصائي - من التاريخ الطبي إلى الفحوصات الوظيفية

يبدأ التقييم دائماً بأخذ تاريخ مرضي مفصل (**Anamnesis**) وفحص سريري. ولتحديد التشخيص الصحيح، يتم استكمال ذلك باختبارات متخصصة:

الاختبارات التشخيصية الضرورية

- **تنظير القولون:** يُجرى لاستبعاد الأسباب الهيكلية الخطيرة مثل **سرطان القولون والمستقيم** أو أمراض الأمعاء الالتهابية (IBD)، خاصة عند وجود أعراض إنذارية (انظر أدناه).
- **دراسة وقت العبور (Sitz Marker Study):** تقيس وقت انتقال الأمعاء من خلال تناول المريض لعلامات شعاعية. تُظهر الصور بعد 5-7 أيام عدد العلامات المتبقية في القولون.
- **قياس ضغوط الشرج والمستقيم (Anorectal Manometry):** الاختبار القياسي لتشخيص اضطراب التبرز. يفحص مستويات الضغط ووظيفة عضلات قاع الحوض أثناء الإفراغ.

- **تصوير التبرز (بالرنين المغناطيسي أو الأشعة السينية - Defaecography):** يوضح ميكانيكية الإفراغ في الوقت الفعلي ويمكنه تحديد المشكلات التشريحية التي تتطلب **تدخلًا جراحياً**، مثل القيلة المستقيمية الكبيرة أو تحلي المستقيم.

أعراض إنذارية تتطلب تقييماً فورياً:

وجود دم في البراز، فقدان الوزن غير المبرر، فقر الدم الناجم عن نقص الحديد، أو تغير مفاجئ ومستمر في عادات التبرز (خاصة لدى المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 40 عاماً). يجب فحص هذه الأعراض على الفور لاستبعاد الأورام الخبيثة أو أمراض الأمعاء الالتهابية.

الجزء الثالث: التمييز الهام: FC مقابل IBS-C

من الضروري سريريًا التمييز بين **الإمساك المزمن (FC)** و **متلازمة القولون العصبي المصحوبة بإمساك (IBS-C)**، لأن استراتيجيات العلاج تختلف. الإمساك الوظيفي هو اضطراب حركي، بينما القولون العصبي هو اضطراب مرتبط بالألم.

الخاصية	الإمساك المزمن (FC)	القولون العصبي النوع (C)
العرض المحدد	تكرار التبرز / القوام / صعوبة الإفراغ.	آلام البطن المتكررة وعدم الارتياح (≤ يوم واحد في الأسبوع).
تخفيف الألم	الألم ثانوي ناتج عن الانتفاخ. نادرًا ما يزول بعد الإفراغ.	الألم معيار أساسي. يزول عادة بشكل ملحوظ بعد التبرز.
هدف العلاج	تطبيع عبور البراز وتكرار العملية.	تطبيع التبرز و السيطرة على الألم (زيادة حساسية الأحشاء).

الجزء الرابع: استراتيجيات العلاج - من نمط الحياة إلى الجراحة

يتبع علاج الإمساك الوظيفي سلماً محدداً يبدأ بالطرق الأقل تدخلًا.

1. العلاج التحفظي (الخط الأول)

- **نمط الحياة:** زيادة تناول الألياف (25-35 جم/يوم)، الترطيب الكافي والنشاط البدني.
- **المليينات (Laksantia):** حجر الزاوية في علاج إمساك العبور البطيء (STC).
- **المكونة للكتلة:** مثل السيليوم (Husk) تزيد من كمية البراز.

- **الأسموزية:** مثل الماكروجول (Movicol)، اللاكتولوز أو المغنيسيا التي تسحب الماء إلى الأمعاء وتلين البراز.

2. العلاج الوظيفي

- **الارتجاع البيولوجي (Biofeedback):** العلاج الأكثر فعالية ضد اضطراب التبرز (خلل التأثر في قاع الحوض). يعمل التدريب على استعادة التنسيق بين عضلات قاع الحوض والمستقيم.
- **المفرزات (Secretagogues):** أدوية محددة (مثل Prucalopride أو Linaclotide) تحفز إفراز السوائل في الأمعاء. تُستخدم في حالات STC الشديدة التي لا تستجيب للملينات الأسموزية.

3. العلاج الجراحي (الخط الثالث - للحالات الشديدة فقط)

لا يتم اللجوء إلى **التدخل الجراحي** إلا عندما يفشل العلاج الطبي والوظيفي، وعندما يثبت التقييم الفسيولوجي بشكل لا لبس فيه وجود سبب يمكن حله جراحياً.

- **الجراحة للعيوب التشريحية (اضطراب التبرز):**
- **الإصلاح الجراحي ضروري إذا كانت القيلة المستقيمية الكبيرة أو تدلي المستقيم** هو السبب الرئيسي لصعوبة الإفراغ.
- **الجراحة لإمساك العبور البطيء (STC) الشديد:**
- **استئصال القولون شبه الكلي (Subtotal Colectomy)** (إزالة القولون بالكامل تقريباً) متبعاً بـ **توصيل اللفائفي بالمستقيم (ileorectal anastomosis)** هو الحل الأكثر راديكالية. هذا الإجراء مخصص للمرضى الذين يعانون من **STC موثق وشديد ومقاوم للعلاج**، ولا يصلح إذا كان المريض يعاني أيضاً من آلام شديدة ناتجة عن القولون العصبي (IBS-C).
- **التحفيز العصبي العجزي (SNS):** يمكن استخدامه لتعديل وظيفة الأمعاء، ولكنه غالباً ما يكون أكثر فعالية في حالات سلس البراز منه في حالات الإمساك.

خلاصة

إذا لم يتحسن الإمساك المزمن لديك رغم العلاج التحفظي المكثف، فقد حان الوقت لتقييم الأخصائي. يعد **التقييم الشامل للإمساك المزمن** ضرورياً للكشف عن السبب الوظيفي الدقيق واتخاذ القرار الصحيح بشأن خطوات العلاج التالية - سواء كانت الارتجاع البيولوجي، تعديل الأدوية، أو في نهاية المطاف **العلاج الجراحي للإمساك** في Kirurgen.dk.

قائمة المراجع: الإمساك المزمن

1. التعريف، التصنيف والتشخيص (FC مقابل IBS-C)

1. المعايير السريرية (ROME IV) للإمساك الوظيفي (FC) و IBS-C:

- **المصدر:** Drossman, D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1281
- **الرابط:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27144617/>
- **يدعم:** تعريف الإمساك المزمن، والتمييز بين FC (اضطراب حركي) و IBS-C (اضطراب ألم)، والمعايير اللازمة لتشخيص الحالة.

2. تشخيص الأنواع (STC) مقابل اضطراب التبرز واستخدام الاختبارات:

- **المصدر:** Rao, S. S. C., & Patcharatrakul, T. (2020). Diagnosis and Treatment of Chronic Constipation in Adults. *Advances in Therapy*, 37(1), 1-17
- **الرابط:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31696417/>
- **يدعم:** تقسيم الحالات إلى STC واضطراب التبرز، واستخدام **قياس ضغوط الشرج والمستقيم** و **دراسة وقت العبور (Sitz Marker)** كأدوات تشخيص قياسية.

2. استراتيجيات العلاج

3. العلاج التحفظي والملينات (الخط الأول):

- **المصدر:** Bharucha, A. E., Dorn, S. P., Lembo, A. J., & Pressman, A. (2013). American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation. *Gastroenterology*, 144(1), 211-217
- **الرابط:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23265356/>
- **يدعم:** مبادئ العلاج مع التركيز على نمط الحياة واستخدام الملينات كحجر زاوية في العلاج.

4. الارتجاع البيولوجي كعلاج لاضطراب التبرز (خلل التأثر في قاع الحوض):

- **المصدر:** Chiarioni, G., Kim, S. M., Vohra, S., & Eusebi, L. H. (2020). Biofeedback for refractory chronic constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9)
- **الرابط:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32959881/>
- **يدعم:** القول بأن الارتجاع البيولوجي (Biofeedback) هو العلاج المفضل والأكثر فعالية لاضطراب التبرز.

5. دور ودواعي العلاج الجراحي (استئصال القولون شبه الكلي):

- **المصدر:** Pemberton, J. H., & Rath, D. M. (2018). Surgical treatment of constipation. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, 29(1), 21-25
- **الرابط:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29576751/>
- **يدعم:** التدخل الجراحي، بما في ذلك **استئصال القولون شبه الكلي**، كحل أخير مخصص حصرياً للمرضى الذين لديهم **STC** موثق ومقاوم للعلاج.

6. تشخيص وعلاج تدلي المستقيم والقيلة المستقيمية جراحياً:

- **المصدر:** Madbouly, K., & Abbas, H. A. (2021). Surgical Management of Obstructed Defecation Syndrome: Rectocele and Rectal Prolapse. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 34(3), 199-205.
- **الرابط:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34295325/>
- **يدعم:** علاج العيوب التشريحية مثل القيلة المستقيمية وتدلي المستقيم التي تسبب صعوبات في الإفراغ وتتطلب إصلاحاً جراحياً.

اقرأ أيضاً

[انتفاخ البطن · رتوج الأمعاء](#)