

/blog/kronisk-diare-diarre/ المحتوى من

الإسهال المزمن



الإسهال المزمن

1. التعريف والوصف

في الدنمارك، يُعرّف **الإسهال المزمن** بأنه حالة يكون فيها البراز رخواً أو مائياً (عادةً من النوع 5-7 على مقياس بريستول) لأكثر من ثلاث مرات يومياً، وبحيث تستمر الحالة لمدة **تزيد عن 4 أسابيع**.

وغالباً ما يتم التمييز بين:

- **الإسهال الوظيفي:** حيث لا يمكن العثور على مرض عضوي (مثل متلازمة القولون العصبي).
- **الإسهال العضوي:** حيث يوجد مرض يمكن إثباته في الأمعاء أو الجسم (مثل الالتهاب أو سوء الامتصاص).

2. الأعراض

بالإضافة إلى تكرار خروج البراز الرخو نفسه، قد تختلف الأعراض المصاحبة حسب السبب:

- **الأعراض العامة:** الانتفاخ، آلام البطن، زيادة الغازات، والغثيان.
- **أعراض الإنذار (تتطلب فحصاً سريعاً):**
 - فقدان الوزن غير المبرر.
 - دم في البراز (مرئي أو أسود شبيه بالقطران).
 - الإسهال الليلي (الاستيقاظ من النوم بسبب الرغبة في التبرز - وهذا نادر في الاضطرابات الوظيفية).
 - الحمى.
 - تغير مفاجئ في نمط التبرز لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 50 عاماً.

3. الأسباب (الإتيولوجيا)

الأسباب عديدة، ولكن في الممارسات الطبية العامة في الدنمارك، الفئات الأكثر شيوعاً هي:

- **متلازمة القولون العصبي (IBS):** السبب الأكثر شيوعاً على الإطلاق، وهو اضطراب في وظيفة الأمعاء دون وجود مرض مرئي.
- **أمراض الأمعاء الالتهابية (IBD):** داء كرون و التهاب القولون التقرحي.
- **سوء الامتصاص (عدم امتصاص العناصر الغذائية):**
 - الداء البطني/السيلياك (حساسية الغلوتين).
 - عدم تحمل اللاكتوز.
 - سوء امتصاص الأحماض الصفراوية (سبب غالباً ما يتم التغاضي عنه).
- **الآثار الجانبية للأدوية:** الميتفورمين (للسكري)، المضادات الحيوية، مثبطات مضخة البروتون (PPI)، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAID)، والعلاج الكيميائي.
- **العدوى:** نادرة في حالات الإسهال المزمن في الدنمارك، ولكن تحدث عدوى المطثية العسيرة (بعد تناول المضادات الحيوية) وطفيليات مثل الجيارديا اللمبية (بعد السفر).
- **التهاب القولون المجهري:** حالة التهابية تصيب بشكل خاص النساء الأكبر سناً، حيث تبدو الأمعاء طبيعية عند الفحص بالمنظار، لكن الخزعات تظهر وجود التهاب.
- **أمراض الغدد الصماء:** فرط نشاط الغدة الدرقية أو السكري (اعتلال الأمعاء السكري).
- **السرطان:** سرطان القولون أو المستقيم (ذو صلة خاصة عند الفئة العمرية أكبر من 50 عاماً).

4. الفسيولوجيا المرضية

تُقسم الآلية الكامنة وراء الإسهال عادةً إلى أربعة أنواع، وغالباً ما يكون هناك مزيج بينها:

1. **الإسهال الأسموزي:** تبقى المواد ضعيفة الامتصاص في الأمعاء وتسحب الماء إليها عبر الأسموزية (مثلاً عند عدم تحمل اللاكتوز أو استخدام المليينات). يتوقف عادةً عند الصيام.
2. **الإسهال الإفرازي:** تفرز جدران الأمعاء السوائل والكهارل بنشاط، أو لا تمتصها (مثلاً بسبب السموم، سوء امتصاص الأحماض الصفراوية أو بعض الأورام). لا يتوقف عند الصيام.
3. **الإسهال الالتهابي/النضحي:** يؤدي تلف مخاطية الأمعاء إلى تسرب المخاط والدم والبروتينات بالإضافة إلى انخفاض الامتصاص (مثلاً في داء كرون أو التهاب القولون التقرحي).
4. **إسهال مرتبط بالحركية:** تتحرك الأمعاء بسرعة كبيرة، مما لا يترك وقتاً لامتصاص الماء (مثلاً في حالات القولون العصبي أو فرط نشاط الغدة الدرقية).

5. التشخيص في الدنمارك

يبدأ التشخيص عادةً لدى طبيب الأسرة ويمكن أن يستمر لدى أخصائي أمراض الجهاز الهضمي.

الخطوة 1: التاريخ المرضي

- البداية، المدة، التكرار، القوام، والإسهال الليلي.
- السفر، قائمة الأدوية، واستهلاك الكحول.
- التاريخ العائلي (خاصة أمراض الأمعاء الالتهابية، السيلياك، وسرطان القولون).

الخطوة 2: الفحص السريري

- جس البطن (للكشف عن أي كتل أو آلام).
- فحص المستقيم بالإصبع (للتحقق من وجود أورام في المستقيم).

الخطوة 3: الفحوصات المخبرية (الحزمة القياسية)

- **فحوصات الدم:** الهيموجلوبين (فقر الدم)، CRP (مؤشر الالتهاب)، TSH (الغدة الدرقية)، HbA1c (السكري)، الكهارل، بالإضافة إلى فحص داء السيلياك (أجسام مضادة لترانسجلوتاميناز).

• فحوصات البراز:

- **F-Calprotectin:** مؤشر مهم جداً في الدنمارك. إذا كانت النتيجة منخفضة، فهذا ينفي بقوة احتمال وجود مرض أمعاء التهابي (IBD). أما إذا كانت مرتفعة، فعادةً ما يجب تحويل المريض لإجراء منظار.
- زراعة البراز للكشف عن البكتيريا والطفيليات المسببة للأمراض (خاصة في حالات السفر).
- فحص الدم الخفي في البراز (F-Hb) يستخدم بشكل أساسي عند الاشتباه في وجود سرطان.

الخطوة 4: الفحوصات المتخصصة

إذا أثارت الفحوصات الأساسية شكوكاً في وجود مرض عضوي، أو إذا استمرت الأعراض دون تفسير (خاصة لدى من هم فوق 45-50 عاماً)، يتم التحويل إلى:

- **تنظير القولون:** فحص الأمعاء الغليظة بالمنظار مع أخذ خزعات (حتى لو بدت المخاطية طبيعية، لاستبعاد التهاب القولون المجهري).
- **تنظير المعدة:** فحص المعدة والاثني عشر (خزعة للسيلياك).
- **مسح SeHCAT:** فحص لسوء امتصاص الأحماض الصفراوية.

6. العلاج

يهدف العلاج دائماً إلى معالجة السبب الكامن.

- **في حالات السيلياك:** نظام غذائي خالٍ من الغلوتين مدى الحياة.
- **في حالات عدم تحمل اللاكتوز:** نظام غذائي خالٍ أو منخفض اللاكتوز.
- **في حالات IBD (كرون/القولون التقرحي):** أدوية مضادة للالتهاب (كورتيزون، أدوية بيولوجية).
- **في حالات العدوى:** مضادات حيوية إذا لزم الأمر (كثير من الحالات تشفى من تلقاء نفسها).
- **في حالات سوء امتصاص الأحماض الصفراوية:** أدوية تربط الأحماض الصفراوية (مثل كوليستيرامين).
- **في حالات الآثار الجانبية للأدوية:** إيقاف الدواء أو تغييره.

في حالات الإسهال الوظيفي / متلازمة القولون العصبي (IBS-D):

عند استبعاد الأمراض الخطيرة، يكون العلاج لتخفيف الأعراض:

1. **تغييرات في النظام الغذائي:** نظام "Low FODMAP" مدعوم بالأدلة ويستخدم بكثرة في الدنمارك (غالباً بالتشاور مع اختصاصي تغذية).
2. **الألياف:** قشور السيليوم (Husk/Sylliflor) مع أو بدون كالسيوم يمكن أن تجمع البراز عن طريق ربط السوائل.
3. **الأدوية المضادة للإسهال:** يمكن استخدام لوبيراميد (إيموديوم) عند الحاجة، ولكن بحذر لتجنب التسبب في الإمساك.

قائمة المراجع: الإسهال المزمن

1. التعريف، التصنيف والتشخيص

1. تعريف الإسهال المزمن وأعراض الإنذار:

- **المصدر:** Schiller, L. R. (2017). Chronic diarrhea. *Current Opinion in Gastroenterology*, 33(1), 19-24.

• **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27893444/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27893444/)

- **يدعم:** تعريف المدة (أكثر من 4 أسابيع)، وقائمة أعراض الإنذار (فقدان الوزن، الإسهال الليلي، دم في البراز) التي تتطلب فحصاً سريعاً.

2. تعريف ومعايير القولون العصبي (IBS-D):

- **المصدر:** Lacy, B. E., Mearin, M. A., & Chang, L. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1393-1407.e5.

• **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27144627/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27144627/)

- **يدعم:** تصنيف IBS كأكثر الأسباب الوظيفية شيوعاً للإسهال والتمييز بينه وبين الإسهال العضوي.

3. دور وأهمية الكالبروتكتين في البراز (F-Calprotectin):

- **المصدر:** Mosli, M. H., Feagan, B. G., & Dulai, P. S. (2015). Fecal calprotectin in the diagnosis and management of inflammatory bowel disease. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 9(4), 485-493.

• **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25557761/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25557761/)

- **يدعم:** استخدام F-Calprotectin كعلامة مهمة في التشخيص، خاصة للتفريق بين أمراض الأمعاء الالتهابية والاضطرابات الوظيفية.

2. الفسيولوجيا المرضية، الأسباب والعلاج

4. الآليات الفسيولوجية المرضية الأربعة (الأسموزية، الإفرازية، الالتهابية، المرتبطة بالحركية):

- **المصدر:** Fine, K. D., & Schiller, L. R. (1999). AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology*, 116(6), 1464-1486.

• **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10356396/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10356396/)

- **يدعم:** وصف الآليات الرئيسية الأربع وراء الإسهال المزمن والأسباب الكامنة (مثلًا الأسموزي عند عدم تحمل اللاكتوز، والالتهابي في IBD).

5. سوء امتصاص الأحماض الصفراوية (BAM) والتشخيص (مسح SeHCAT):

- **المصدر:** Vijayvargiya, P., & Camilleri, M. (2019). Bile acid malabsorption: Diagnostic and treatment approaches. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(7), 1324-1331.

• **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31272583/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31272583/)

- **يدعم:** إدراج سوء امتصاص الأحماض الصفراوية كسبب مهم، واستخدام **مسح SeHCAT** للتشخيص والعلاج بروابط الأحماض الصفراوية.

6. **حمية Low FODMAP في علاج IBS-D:**

- **المصدر:** Altobelli, E., Latella, G., & D'Ovidio, E. (2017). Low-FODMAP Diet Improves Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Nutrients*, 9(12), 1269

- **الرابط:** [/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29165381/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29165381/)

- **يدعم:** تطبيق **حمية Low FODMAP** كتغيير غذائي قائم على الأدلة للإسهال الوظيفي بعد استبعاد الأمراض العضوية.

اقرأ أيضًا

[سوء امتصاص الأحماض الصفراوية · التهاب الأمعاء المزمن \(IBD\) · حمية Low-FODMAP](#)