

التليف الكيسي

Cystic Fibrosis

يحدث التليف الكيسي تقريباً بنسبة ١ من ٢٥٠٠. يتم تشخيص الحالات كنتيجة للفحص السكاني أو الفحص المبني على الأخطر، أو عقب تجلي العوارض السريرية النموذجية للاضطراب. يعتبر العجز الرئيسي في بروتين منظم مواصلة التليف الكيسي (Cystic fibrosis) عبر الغشائي "CFTR" والذي يرمز إلى أحادي فوسفات الأدينوزين - ناقلة الكلوريد المنتظمة في الخلايا الظهارية للأعضاء خارجية الإفراز. وهذا له علاقة بتوازن الملح والسوائل عبر الأسطح الظهارية. ويوجد هذا الجين على الكروموسوم ٧. يوجد العديد من التغيرات المعروفة أو سعتها انتشاراً $\Delta F508$.

يعتبر التليف الكيسي (Cystic fibrosis) عبارة عن اضطراب متعدد الأجهزة حيث توجد الباثولوجيا الأولية في الجهاز التنفسي ولكنها من الممكن أن تتجلى مع بعض المظاهر الهضمية الأولية مثل العلوص العقوي أو الإسهال المزمن. تعتبر قلة الوزن أمراً شائعاً أثناء التشخيص. يتناول هذا الفصل المظاهر الهضمية التي لها علاقة بتقييم

الأطفال المصابين بداء معوي بالإضافة إلى التدبير العلاجي الغذائي للتليف الكيسي ،
ينصح القارئ بقراءة المصادر والمراجع للاطلاع أكثر على المرض.

المظاهر الهضمية

(Gastrointestinal manifestations)

المرض البنكرياسي

إن الفسيولوجيا المرضية للمرض البنكرياسي عبارة عن فشل الإفراز الخارجي للبنكرياس. تعمل الإفرازات الكثيفة قليلة تركيز البيكربونات على إعاقة الجهاز القنوي البنكرياسي ؛ يؤدي الانهضام الذاتي من خلال الإنزيمات البنكرياسية إلى تقليل القدرة الوظيفية .

- يحدث قصور الإفراز الخارجي البنكرياسي في ما يزيد عن ٩٠٪ (٨٠٪ في العام الأول).
- يوجد خلل ملحوظ في إفراز السوائل ، البيكربونات ، الليياز ، الأميلاز ، والبروتيز من البنكرياس إلى الاثنا عشري نتيجة لسوء الهضم.
- وتوضح التجلية بالإسهال المزمن (الإسهال الدهني) ، الزيادة الضئيلة في الوزن ، وأحياناً استسقاء نقص بروتين الدم.
- من الضروري أن يتم استبدال الإنزيم البنكرياسي وأن يقوم اختصاصي التغذية بطب الأطفال بمتابعته ؛ يجب أن يتم تناول الجرعة الدوائية بعناية لكي تلائم المتناول الغذائي ، منع الإسهال الدهني ، وتعزيز الزيادة في الوزن.
- تزيد احتياجات الطاقة الغذائية كنتيجة لسوء الهضم ، زيادة الاحتياجات الاستقلابية (التنفسية بصفة أولية) ، وتأثير المرض المزمن على أجهزة الجسم المختلفة.

- ضرورة تناول نظام غذائي يحتوي على سعرات حرارية عالية ولكن قد يكون من الصعب تحقيقه في حالة عدم رغبة الطفل ؛ وفي بعض الأحيان تكون هناك ضرورة إلى الأطعمة عالية السعرات الحرارية، المكملات الغذائية (Nutritiona supplements) ، أو التغذية بالأنبوب.
- ضرورة استبدال الفيتامينات (Vitamins) الذائبة بالدهون.
- يحدث تحمل الغلوكوز غير الطبيعي في ما يزيد عن ١٠٪ بحلول العشر سنوات التالية وقد يؤدي إلى السكري.
- قد يشاهد التهاب البنكرياس الحاد والمزمن معاً.

المرض المعوي

يؤدي النقص في مواصلة التليف الكيسي (Cystic fibrosis) عبر الغشائي "CFTR" إلى تقليل إفراز الكلوريد بالسوائل ثم في الأمعاء بعد ذلك. وهذا قد يتسبب في حدوث العلوص العقي عند الولادة وفي حدوث متلازمة الانسداد المعوي القاصية (DIOS) Distal Intestinal Obstructive Syndrome في وقت تال من الحياة. تتسبب الفيسيولوجيا المرضية (Pathophysiology) الرئيسية في تحفاف المحتويات المعوية المصاحبة بعوارض سريرية كنتيجة لذلك ؛ يعاني ١٥٪ من الأطفال بالعلوص العقي في الدورة الوليدية (Neonatal) (من الولادة حتى اليوم ٢٨).

- يتجلى بالمرور المتأخر للعقي ، تمدد البطن ، والقيء الملون بالصفراء.
- تتم المعالجة من خلال تنظيف الأمعاء بواسطة بضع الأمعاء باستخدام إستيتال سيسين أو الجاستروجرافين.
- يحتاج ما يزيد عن ٣٠٪ إلى استئصال الأمعاء.
- عقب استئصال الأمعاء ، سوف يكون الرضع في حالة خطر متزايد من نمو

الجراثيم بشكل متزايد والإصابة بمتلازمة الأمعاء القصيرة (Short-bowel syndrome).

- لا يعاني جميع الأطفال المصابون بالعلوص العقي من التليف الكيسي ولكن يجب استثنائه في أي طفل يتجلى فيه المرض بهذه الطريقة.
- يحدث الانغلاف (Intussusception) بشكل أكثر شيوعاً وفي سنٍ متأخر عن السكان العاديين.
- يحدث تدلي المستقيم (Rectal prolapse) في ما يزيد عن ١٥٪؛ تشمل عوامل الاخطار (Risk factors) خروج الغائط بكميات كبيرة وبشكل دائم، الحالة الغذائية غير المناسبة، وزيادة الضغط داخل الصدر بسبب السعال. تتحسن معظم الحالات بمعالجة التليف الكيسي (Cystic fibrosis) (ملاحظة: معظم الأطفال المصابين بتدلي المستقيم (Rectal prolapse) ليس لديهم تليف كيسي).
- تنتج متلازمة الانسداد المعوي القاصية (DIOS) من تكدس مادة غائطية سميكة في المعي اللغائفي الانتهائي، المصران الأعور، والقولون الصاعد وقد تسبب في انسداد الأمعاء. يشمل التشخيص التفريقي التهاب الزائدة، الانغلاف (Intussusception)، والانفتال. يشمل التدبير العلاجي على الملينات والسوائل الوريدية، والجاستروجرافين الفموي أو غسل الأمعاء في الحالات الحرجة.
- يحدث الإمساك (Constipation) بشكل شائع جداً؛ تشمل عوامل الاخطار المتناول الزهيد من السوائل، الإسهال الدهني الذي يمكن التحكم فيه بشكل غير ملائم، الإفرازات المعوية اللزجة، النظم الغذائية التي تحتوي على سعرات حرارية عالية، عسر الحركة، بالإضافة إلى عوامل الاخطار الأخرى في الطبيعيين.

- تم الإعلان عن وجود تضيقات قولونية ويعتقد أنها ثانوية لتناول جرعات عالية من المكملات البنكرياسية.

التدبير العلاجي للعوارض الهضمية في الأطفال الذين يعانون من تليف كيسي (Management of gastrointestinal symptoms in children with CF)

يشمل التشخيص التفريقي للعوارض الهضمية في الأطفال الذين يعانون من تليف كيسي:

- المضاعفات المتعلقة بالتليف الكيسي.
- المرض المعوي الذي ليس له علاقة بالتليف الكيسي.
- الوظيفي (Functional).

من الضروري ملاحظة أن الطفل الذي يعاني من ألم بطني قد يكون لديه أحد مضاعفات التليف الكيسي (Cystic fibrosis) مثل التهاب البنكرياس (Pancreatitis)، المرض المعوي الذي ليس له علاقة بالتليف الكيسي مثل الارتجاع المعدي المريئي، القرحة الهضمية، أو ألم البطن الوظيفي. ألم البطن المتكرر لدى الأطفال، ينتشر الارتجاع المعدي المريئي بشكل شائع بين الأطفال الذين يعانون من مرض تنفسي وقد يتفاقم من خلال النظم الغذائية عالية السعرات الحرارية. تعتبر العوارض الوظيفية منتشرة بشكل كبير بين الأطفال الذين يعانون من مرض مزمن، كما أن العوامل النفسية والاجتماعية مهمة في مراعاة التقييم الكلي. أثناء فترة المراهقة ومن ناحية المواضيع المتعلقة بتقبل المرض الكامن وتقبل النظراء يكون التقدم المحرز من التبعية إلى الاستقلالية أكثر بروزاً.

التغذية في الأطفال الذين يعانون من تليف كيسي

(Nutrition in Cystic fibrosis: CF)

يوجد دليل على أن تعزيز (Promotion) الحالة الغذائية (Nutritional status) الجيدة من الممكن أن يقلل من تفاقم المرض الرئوي وتحسين النتيجة على المدى الطويل. في الوقت الحالي، من المتوقع أن يعيش الأطفال الذين يولدون ولديهم تليف كيسي إلى سن الأربعين.

عوامل الاختطار بالنسبة لسوء التغذية في الأطفال الذين يعانون من تليف كيسي

زيادة استهلاك الطاقة المتبقية

- السعال المزمن.
- عدوى الصدر.
- خلل وظائف الرئة.

زيادة الحسائر المغذية

- سوء الهضم البنكرياسي .
- انخفاض تجمع أملاح الصفراء.
- طرد بلغم المخاط الغزير.
- السكري.
- القيء.

المتناول الزهيد من الطاقة الغذائية

- القهم والتعب أثناء العدوى الرئوية.
- الاكتئاب.
- القلق المتعلق بالوزن (بالنسبة للبنات).

التدبير العلاجي الغذائي

(Nutritional management)

- يساعد التشخيص المبكر من خلال فحص المواليد والتدخل العلاجي المبكر على المحافظة على الحالة الغذائية.
- سوف تعمل الرضاعة الطبيعية (Breast-feeding) عند الطلب أو ١٥٠ - ٢٠٠ مل من الحليب الصناعي / كجم / اليوم على تعزيز النمو الطبيعي.
- يضيف استئصال الأمعاء المؤدية إلى الأمعاء القصيرة إلى تعقيد التدبير العلاجي الغذائي في بعض الأطفال الذين يعانون من العلوص العقوي.
- قد يتطلب عدم تحمل بروتين حليب البقر أو الارتجاع المعدي المريئي تدبيراً علاجياً خاصاً.
- يجب تقديم أطعمة الفطام (Weaning foods) في مدة تتراوح من أربعة إلى ستة أشهر.
- مراعاة استخدام الحليب الصناعي عالي السعرات الحرارية و / أو المكملات الغذائية في حالة قلة زيادة الوزن.
- من الممكن تقديم حليب البقر كامل الدسم بحلول العام الأول.
- المتابعة المنتظمة من قبل اختصاصي التغذية.
- مراقبة النمو والحالة الغذائية.
- إيضاح تسجيل يوم واحد في العام لأخذ الغذاء والإنزيم.
- تشجيع النظام الغذائي كثير الدهون بالإضافة إلى المعالجة باستعاضة الإنزيم البنكرياسي الملائم (Pancreatic enzyme replacement therapy).
- لا بد من ضبط المكملات الإنزيمية حيث يزداد المتناول الغذائي (Nutrient

(intake) من الدهون أو يتغير تكوين الطعام من الدهن.

- يحصل رفض الطعام مع بعض الأطفال والذين قد يحتاجون إلى خطة معالجة نفسية.
- أثناء فترة المراهقة، تتسبب الحاجة إلى الاستقلالية في بعض الأحيان إلى تدهور المتناول الغذائي من الفيتامينات (Vitamins) والإنزيمات مما يتسبب في تأثير سلبي على الحالة الغذائية والوظيفة الرئوية.

العلاج باستعاضة الإنزيم البنكرياسي

- البدء بالعلاج في حالة وجود أي دليل إكلينيكي على سوء امتصاص الدهون.
- الجرعة المطلوبة متغيرة؛ المستحضرات المقاومة للحمض المغلفة أكثر فعالية.
- بالنسبة للأطفال الرضع، تقدر الجرعة الأولية بـ ٢٥٠٠ وحدة من الليباز / الوجبة؛ يتم فتح الكبسولات ويتم خلط الجسيمات المركزية بالحليب أو الفاكهة المهروسة وتعطى بالملعقة في بداية تناول الوجبة.
- بالنسبة للمريض المتقدم في السن والذي تم تشخيصه حديثاً يُعطى كبسولة إلى كبسولتين كل وجبة ونصف إلى كبسولة كاملة في الوجبات الخفيفة التي تحتوي على الدهون.
- لا يجب سحق أو مضغ المستحضرات الإنزيمية.
- قم بزيادة الجرعة بشكل تدريجي طبقاً للأعراض السريرية، مظهر الغائط وزيادة الوزن.
- يتم تناول الإنزيمات بشكل أفضل في بداية، منتصف أو نهاية الوجبة خاصة إذا ما استغرقت ما يزيد عن ٣٠ دقيقة قبل تناول الوجبة.
- أوصت اللجنة البريطانية لسلامة الأدوية بتناول ١٠٠٠٠ وحدة من الليباز /

- كجم يومياً كحد أقصى، (ربطة الجرعة الأعلى بتليف القولون).
- وإذا ما كانت هناك ضرورة لتناول جرعات عالية، فمن الممكن تحسين فعالية الإنزيم من خلال تقليل إفراز الحمض المعدي مع مثبطات مستقبلات H2 أو مضخة البروتين.
- تتطلب المشاكل الدائمة فحص الاضطرابات الأخرى مثل الداء البطني (Coeliac)، عدم تحمل بروتين حليب البقر.

الفيتامينات

(Vitamins)

- يعتبر سوء امتصاص الفيتامينات الذائبة بالدهون أمر شائع مع قصور الإفراز الخارجي للبنكرياس.
 - يجب أن يتلقى مثل هؤلاء المرضى احتياجاتهم اليومية (انظر أسفل) وفحص حالة الفيتامين البيوكيميائية الخاصة بهم بشكل سنوي.
 - يتم إعطاء الجرعات للأطفال أقل من سنة أو أكثر على التوالي:
 - فيتامين A ٤٠٠ وحدة: من ٤٠٠٠ إلى ١٠٠٠٠ وحدة
 - فيتامين D ٤٠٠ وحدة: من ٤٠٠ إلى ٨٠٠ وحدة
 - فيتامين E ١٠ - ٥٠ وحدة: من ٥٠ إلى ١٠٠ وحدة.
 - ليس هناك حاجة إلى المكملات الروتينية من الفيتامينات الذائبة بالماء.
- #### السمات السريرية (Clinical features) لنقص الفيتامين
- فيتامين A: العشى الليلي (سوء البصر في الليل)، جفاف الملتحمة.
 - فيتامين D: العوز العام غير الشائع، ولكن قد يساهم العوز تحت السريري في

الإصابة بداء عظمي مزمن (هشاشة العظام).

- فيتامين E: فقر الدم الانحلالي ؛ التنكس النخاعي المخيخي.
- فيتامين K: إطالة تجلط الدم.

التغذية بالأنبوب المعوي

- تستخدم للحفاظ على الحالة الغذائية أو استعادتها في حالة فشل النصيحة الغذائية، تحسين العلاج باستعاضة الإنزيم بالإضافة إلى التغذية الفموية.
- ما يقرب من ١٠٪ من المرضى الذين يعانون من تليف كيسي في بريطانيا يتلقون التغذية بالأنبوب.
- عادة ما يتم تقديم الأطعمة البلمرية كاملة البروتين التي تحتوي على سرعات حرارية عالية طوال الليل.
- أحيانا تعمل التغذية بالأنبوب على ترسيب زيادة السكر بالدم مما يستلزم العلاج بالأنسولين.

المراجع والمصادر

References and resources

Balfour-Lynn IM. Newborn screening for cystic fibrosis: evidence for benefit. Arch Dis Child 2008; 7-10

Borowitz D, Baker RD, Stallings V. Consensus report on nutrition for pediatric patients with cystic fibrosis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;35:246—259

Peebles A, Connett G, Maddison j, Gavin J. Cystic Fibrosis Care: A practical guide. Elsevier Churchill Livingstone. Edinburgh. 2005

التليف الكيسي المرتبط بالمرض الكبدي

Cystic Fibrosis-associated Liver Disease

التليف الكيسي (Cystic fibrosis) عبارة عن داء متنحٍ صبغي جسدي ينتج عن بعض التحولات في الجين الذي يرمز إلى منظم مواصلة التليف الكيسي عبر الغشائي "CFTR" (انظر فصل ٢١). يعمل منظم مواصلة التليف الكيسي عبر الغشائي "CFTR" كإحدى قنوات الكلوريد عبر الغشائية في الغشاء القمي لمعظم الظهائر الإفرازية ولذلك يؤثر المرض على الرئة، البنكرياس، الغدد خارجية الإفراز، الأمعاء، والكبد بالنسبة للتليف الكيسي المرتبط بالمرض الكبدي، يشترك مجرى الصفراء بشكل أكثر شيوعاً في الطيف من التليف عديم الأعراض إلى التليف الصفراوي. يمتد مرض الكبد من المعتدل وتحت السريري إلى التليف الشديد وزيادة ضغط الدم البابي (Portal hypertension). يظهر المرض السريري فيما يتراوح من ٤ - ٦٪ من الحالات، ولكن توجد التشوهات البيوكيميائية في نسبة تتراوح من ٢٠ - ٥٠٪. عند الصفة التشريحية، يتجلى التليف في ٢٠٪ والتنكس الدهني في ٥٠٪.

الفيسيولوجيا المرضية

(Pathophysiology)

لم يفهم جيدا سبب مرض الكبد في التليف الكيسي كما أنه متعدد العوامل. يبدو أن انخفاض وظيفة قناة الكلوريد يتسبب في حدوث انخفاض في حركة الماء والصوديوم إلى الصفراء، كما أن هناك بعض الاضطرابات في التكوين، القلوية، وتدفق الصفراء. لم يتضح بعد السبب في كون جميع مرضى التليف الكيسي لديهم منظم مواصلة التليف الكيسي عبر الغشائي "CFTR" الشاذ في في القنوات الصفراوية ولكن لا يصاب جميع المرضى بالمرض الصفراوي. في الكبد، فإن الباثولوجيا الأكثر شيوعاً هي ترسيب الدهون في الكبد الذي يتجلى في ٥٠٪. ليس هناك علاقة بين النمط الجيني للتليف الكيسي والنمط الظاهري لمرض الكبد. تشمل عوامل الاخطار (Risk factors) لداء الكبد الحسيم قصور البنكرياس (Pancreatic insufficiency)، حمل (HIAD Q6) وكونه وُلد حدوث العلوص العقوي.

السمات السريرية

(Clinical features)

الأطفال الرضع (غير شائع)

- اليرقان المقترن.
 - سوء امتصاص الدهون (Fat malabsorption) والفشل في النمو.
 - متلازمة الصفراء المثخنة.
- من الممكن معالجة اليرقان الركودي على مدار الوقت بينما يظل التليف المتبقي. ليس هناك اعتقاد لأن يكون هناك خطر متزايد من حدوث التشمع التالي.

الأطفال الأكبر سناً

- ضخامة الكبد عديم الأعراض و / أو تضخم الطحال.
- فرط نشاط الطحال.
- مضاعفات ارتفاع ضغط الدم البابي (Portal hypertension)، مثل نزف الدوالي.
- زيادة ناقلات الأمين، الفوسفاتاز القلوية أو ناقلة الغاما- غلوتاميل.
- سوء التغذية (Malnutrition).
- التحصي الصفراوي.
- التهاب الأقنية الصفراوية المصلب.
- الاستسقاء (Ascites) واليرقان بشكلٍ نادر.

التشخيص

(Diagnosis)

من المحتمل أن تكون هناك صعوبة لإجراء التشخيص لأنه دائماً ما لا تعكس اختبارات وظيفة الكبد (Liver function tests) شدة المرض. اختبارات وظيفة الكبد

- صفراء طبيعي ما لم يتفاقم المرض
- يطول زمن تجلط الدم في داء الكبد الشديد أو عوز فيتامين ك.
- تتزايد ناقلة الغاما- غلوتاميل في ما يزيد عن ٣٠٪ من المرضى وفي المرض الشديد.
- يرتفع التقطع في نواقل الأمين في ٣٠٪ من المرضى.
- ترتفع الفوسفاتاز القلوية في ٥٠٪ من المرضى ولكنها لا تقتصر على مرض الكبد.

الموجات فوق الصوتية

- حجم وكثافة الكبد والطحال.
- المتن الكبدي المتغاير في التنكس الدهني.
- تدفق الوريد البابي والدوالي الطحالية.
- التحصي الصفراوي.

وخزة الكبد

- مدى وشدة مرض الكبد.
- تغيرات التهاب الكبد الوليدي.
- الصفراء المثخنة.
- التنكس الدهني في الأطفال الأكبر سناً.
- التليف الصفراوي البؤري.
- تليف الكبد.

التنظير الداخلي

- الدوالي المرئية والمعدية.
- اعتلال المعدة وارتفاع ضغط الدم البابي المعدي.

تصوير البنكرياس والصفراء بالرنين المغناطيسي (MRCP) Magnetic Resonance

Cholangio Pancreatography

- التهاب الأقنية الصفراوية المصلب.
- تضيق قناة الصفراء.

التدبير العلاجي

(Management)

غالباً ما يكون التدبير العلاجي عرضياً مثل تجنب نقص الفيتامينات الذائبة بالدهون، العوامل المفروزة للصفراء لتحسين تدفق الصفراء، معالجة نزف الدوالي بالتنظير الداخلي، الدعم الغذائي الشديد، وزرع الكبد (Liver transplantation) في عدد محدود من المرضى.

حمض الأورسوديكسكوليك

حمض الأورسوديكسكوليك عبارة عن حمض صفراوي يحدث بشكل طبيعي ذو خصائص مفرزة للصفراء حافظ للخلايا، تثبيته غشائية، مضادة للتأكسد، ومعدلة مناعية. لقد تم رؤية أن المعالجة باستخدام حمض الأورسوديكسكوليك تعمل على تحسين المثاببات المورفولوجية والبيوكيميائية.

التنظير الداخلي

من الممكن أن يعمل التطويق المنتظم أو المعالجة بالحقن التصليبي بالتصليب على توفير التحكم الملائم للدوالي المريثة والحد من خطر النزيف.

الدعم الغذائي (Nutritional support)

يجب أن يشترك أخصائي التغذية في العناية بالمريض وذلك لتقديم نظام غذائي يحتوي على سعرات حرارية عالية بنسب متزايدة من الدهون والمكملات البروتينية. عادة ما لا يُوصى بوضع أنبوب فغر المعدة (Gastrostomy) في هؤلاء المرضى الذين يعانون من اعتلال المعدة البابي والدوالي.

زرع الكبد (Liver transplantation)

تعتبر معظم المراكز المضاعفات (Complications) التالية دواعي لزراعة الكبد (Liver transplantation) في غياب الاختلال الشديد لوظيفة الرئة بينما يجب مراعاة

الزراعة متعددة الأعضاء.

- تدهور نوعية الحياة بسبب مرض الكبد الملحوظ.
- مرض الكبد المزمن المتفقم مع زيادة تجلط الدم وانخفاض الألبومين.
- الاستسقاء (Ascites) المقاوم للعلاج أو الشفاء أو السيطرة.
- نزف الدوالي المتكرر الذي لا يمكن التحكم فيه بإجراءات التنظير الداخلي.
- سوء التغذية الشديد مع مرض الكبد الذي لا يستجيب مع التدخلات الغذائية الشديدة.

القيء

Vomiting

يعتبر القيء من أحد الأعراض الشائعة لداء الأمعاء ولكنه من الممكن أن يعكس أيضاً الداء خارج نطاق الجهاز الهضمي. يشير القيء إلى الإخراج الفعال للمحتويات المعدية وعادة ما يحدث نتيجة لتنشيط المنعكس المقيئ.

يوجد ثلاث مراحل للقيء :

- الغثيان
- التهوع
- الإخراج

من المحتمل أن يتجلى الغثيان في صورة حدة الطبع، الشحوب، فرط اللعاب، التعرق، تسرع ضربات القلب. ليس من السهل تمييز المراحل الثلاث في الرضع مثل البالغين.

من الممكن التحكم في القيء من خلال المنعكس المقيئ بواسطة مركز القيء. يعتبر مركز القيء كياناً وظيفياً وليس تشريحياً يستجيب للمنبهات الواردة من قشرة المخ،

المخيخ، الجهاز الدهليزي، والجهاز الهضمي. يؤثر كلٌ من مركز القيء والباحة المنخفضة (كانت تسمى فيما قبل بالمنطقة المثيرة للألم بتأثير المستقبلات الكيميائية) في القاع البطين الرابع على أحداث الشلال والتي تتسبب في القيء. من الممكن أن تؤثر العوامل داخلية المنشأ مثل الإنتان والخارجية المنشأ مثل الأدوية على الباحة المنخفضة بشكلٍ مباشر.

من الممكن تأثير درجة القيء من خلال بعض العوامل مثل الارتجاع المعدي المريئي، خلل الحركة المعدية المعوية (الإمساك، تأخر التفريغ المعوي)، العوامل المتعلقة بطريقة الحياة مثل النظام الغذائي الذي يحتوي على كميات عالية من الدهون، وداء الأمعاء. يجب تمييز القيء من الارتجاع (Regurgitation)، الإخراج غير الفعال (بدون جهد) للمحتويات المعدية المنتشر في الرضع الأصحاء والأطفال الأكبر سناً الذين يتناولون الطعام بشكل مفرط.

الاجترار (Rumination) عبارة عن الارتجاع المتكرر للطعام المهضوم الذي عادة ما يعتقد أن يكون سلوكياً بشكل كبير.

التقييم

(Assessment)

يتطلب تقييم ومعالجة القيء وجود سجل طبي مفصل وفحص دقيق بمراعاة التشخيص التفريقي كما هو موضح بأسفل مع الفحص الذي يركز على السمات السريرية.

- من الممكن أن يكون القيء حاداً أو متكرراً (مزمن أو دوري).
- القيء الحاد أكثر احتمالية لأن يكون معدياً، جراحياً أو عصبياً.
- مراعاة التشخيص التفريقي في القيء المتكرر بشكل كبير.

- يشير القيء الصفراوي إلى الانسداد المعوي.
- يشير قيء الدم (Hematemesis) إلى مرض الجهاز الهضمي العلوي مثل التهاب المريء (Oesophagitis)، جرح مالوري - وايس.

التشخيص التفريقي

(Differential diagnosis)

يعتبر التشخيص التفريقي للقيء هاماً وتقريباً ما يتجلى أي مرض بالقيء كأحد الأعراض.

- العدوى مثل عدوى الجهاز البولي والتهاب المعدة والأمعاء.
- الانسداد المعوي مثل تعذر الارتخاء، تضيق الفتحة البوابية للمعدة (Pyloric stenosis)، رتق الأمعاء، انقلاب الأمعاء، والانفتال.
- الارتجاع المعدي المريئي، التهاب المريء (Oesophagitis)، داء القرحة الهضمية، وجرح مالوري - وايس
- أرجية وعدم تحمل الطعام مثل الأرجية من حليب البقر، الأرجية من فول الصويا، والداء البطني (Coeliac)
- الاستقلابي (Metabolic) مثل الحمض الكيتوني السكري، الأخطاء الاستقلابية الخلقية، البرفيرية (Porphyria)، والفشل الكلوي المزمن (Chronic renal failure).
- الكلوي مثل انسداد الاتصال الحالب الحوضي، الحصاة الكلوية.
- عصبي مثل أورام الجهاز العصبي والصرع.
- وظيفي مثل عسر الهضم الوظيفي وعسر الهضم اللاتقريحي.
- سيكولوجي مثل رفض الطعام، والقلق.

- المحدث بالأدوية.
- الداء المحدث مثل التسمم.

التدبير العلاجي

(Management)

يتم تقديم العلاج عند وجود العلة الفردية.

دواعي استعمال الأدوية المضادة للقيء

- داء الحركة.
- الغثيان والقيء عقب العمليات الجراحية.
- المعالجة الكيميائية للأورام.
- متلازمة القيء الدورية .
- اضطرابات الحركة الهضمية (Motility disorders)

التهاب المعدة والأمعاء الحاد

Acute Gastroenteritis

يعتبر التهاب المعدة والأمعاء من أحد الحالات الشائعة في الأطفال. يتجلى المرض للطبيب عندما يكون هناك قلق من الجفاف وتناول كميات غير كافية من الطعام بالإضافة إلى القيء والإسهال المتواصل. إن تقييم حالة الجفاف ومراعاة التشخيص التفريقي على نطاق واسع من العوامل الهامة في إعداد التدبير العلاجي.

الإمراض

(Pathogenesis)

تؤثر العدوى الفيروسية على وظيفة الخلية المعوية داخل الزغابات المعوية. تحتوي الكائنات الممرضة المختلفة على طرق واضحة تتسبب في تلف الخلية المعوية بدءاً من إنتاج السم إلى حدوث الغزو المباشر. يؤدي التلف المحدث إلى فقدان التنظيم الطبيعي لامتصاص السوائل والأملاح. من الممكن أن يؤدي الالتهاب إلى وجود حمل تناضحي عالٍ داخل لمعة الأمعاء مما يحث على فقدان المزيد من السوائل. تقوم الجراثيم الممرضة بغزو بطانة الأمعاء الدقيقة والكبيرة والتسبب في حدوث الالتهاب.

السبببات " علم أسباب المرض

(Etiology)

لا يتواجد العامل السببي فيما يزيد عن ٥٠٪ من الحالات المصابة بالتهاب المعدة والأمعاء حتى في حالة تنفيذ الاستقصاءات (Investigations) الكثيرة. بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من سنتين إلى ست سنوات، يُنظر إلى الأمراض الفيروسي كأحد المسببات الشائعة وبصفة خاصة الفيروس العجلية (انظر جدول ٢٤.١). يُقدر أن الفيروس العجلية هي السبب الرئيسي في وفاة ما يزيد عن ٢٥٪ بسبب الإسهال المنتشر على نطاق العالم.

السمات السريرية

(Clinical features)

السمات السريرية هي الإسهال، القيء، الحمى، المغص، والنوم. يعتبر السبب الفيروسي أكثر احتمالية في حالة وجود فترة وجيزة بين ابتلاع الممرض وظهور الأعراض. يجب الشك في الأمراض الجرثومي في الطفل المصاب بألم في البطن والذي يحتوي غائطه على الدم أو المخاط (التهاب القولون). تعتبر الحمى من الأسباب الأكثر شيوعاً في العدوى الجرثومية البكتيرية. يعمل السجل الطبي الذي يحتوي على علاج بالمضاد الحيوي حديث لأحد الأطفال المصابين بالحمى على زيادة احتمالية عدوى المطثية العسيرة.

إن السفر للخارج أو الاتصال بأشخاص يعيشون في الخارج يعمل على اتساع مدى العوامل السببية الكامنة. يجب أن يكون أطباء الطب السريري على دراية بالانتشار الحديث للكائنات المسببة للمرض. يعتبر الطفل الذي يعاني من نقص المناعة أو سوء

التغذية معرضاً للإصابة بالعدوى من الكائنات النادرة بينما تكون العدوى أكثر احتمالية لأن تكون شديدة مع المضاعفات الجهازية.

الجدول رقم (٢٤، ١). مسببات التهاب المعدة والأمعاء.

الطفيليات	الجراثيم	الفيروسات
الجياردية اللمبية	الجراثيم العظمية	الفيروسات العجلية
المتحولة الحالة للنسج	الجراثيم السلمونية	نور وك لايك
خفية الأبواغ	الجراثيم الشيجيلة	الفيروسات الغذائية
	الإشريكية القولونية	الفيروس المستدير الصغير
	المطثية العسيرة	الفيروسات النجمية

التشخيص التفريقي

(Differential diagnosis)

يعتبر التشخيص التفريقي هاماً جداً. من المحتمل أن تحدث أعراض التهاب المعدة والأمعاء الحاد (Acute gastroenteritis) - الإسهال والقيء - بسبب العدوى المعوية أو أحد أعراض العدوى في أي مكان آخر (مثل عدوى الجهاز البولي). من المحتمل أيضاً أن تكون بسبب عرض مرض غير مُعدٍ في الأمعاء (مثل عدم تحمل الطعام) أو أحد أجهزة الجسم المختلفة (مثل السكري، الخطأ الاستقلابي الخلقى).

الكائنات المرضية الخاصة

الجياردية اللمبية

- أحد الطفيليات الأولية المعدية في الصورة الكيسية.
- يتواجد أيضاً في شكل تروفوزيت.
- يوجد في المياه والأطعمة الملوثة.
- تتنوع المظاهر السريرية: من الممكن أن تكون عديمة الأعراض، داء الإسهال

- الحاد، الإسهال المزمن أحياناً ما يُرى الضمور الزغابي الجزئي.
- يتم التشخيص من خلال فحص الغائط للكيسات أو فحص شفت الاثنا عشري عند وخز الأمعاء الدقيقة.
 - يتم العلاج باستخدام المترونيدازول والذي يعطى دائماً عشوائياً عند الاشتباه بالحالات.

مراعاة التفريقات الرئيسية

- الأمراض المعدية الأخرى - التهاب الأذن الوسطى، التهاب اللوزتين، الالتهاب الرئوي، الإلتان الدموي، عدوى الجهاز البولي، التهاب السحايا
- الأسباب الجراحية مثل تضيق البواب، انسداد الأمعاء بما في ذلك سوء الاستدارة، الانغلاف، التهاب الزائدة
- الارتجاع المعدي المريئي
- عدم تحمل الطعام
- متلازمة انحلال الدم اليوريمية
- الأدوية - المضادات الحيوية والمسهلات

المطية العسيرة

- جرثوم إيجابي الغرام.
- عامل الاخطار عبارة عن تمزق النبيت الجرثومي المعوي الطبيعي بواسطة المضادات الحيوية.
- تتراوح السمات السريرية من الحامل عديم الأعراض إلى التهاب القولون الغشائي الكاذب الخطر على الحياة.

- تحدث الأمراض من خلال إنتاج السموم.
- يتم العلاج باستخدام الفانكوميسين (عن طريق الفم) أو المترونيدازول (عن طريق الفم أو بالحقن)، احتمال العلاج بالجراثيم الحميدة بالبروتين سكر سملس بولاردى والكتوبسلس.
- يبلغ معدل معاودة المرض من ١٥ - ٢٠٪.

التقييم

(Assessment)

يتم هذا التقييم من أجل عمل التشخيص اللازم ومعرفة درجة الجفاف (جدول ٢٤.٢). يجب تناول السجل الطبي للمريض بدقة كاملة. يتزايد الخطر من الجفاف بشكل تناسبي مع عدد ثوب الغائط السائب والقيء وبنسبة عكسية مع العمر، ومن ثم يجب توطيد تكرار ومدة الأعراض. إن الطفل الذي يعاني من الظمأ لأقصى حد أكثر عرضة لأن يكون مصاباً بالجفاف. إن المعيار الأفضل للجفاف هو تغير الوزن الموثق قبل وأثناء المرض، بالرغم من ندرة حدوث ذلك.

يجب أن يعمل التشخيص على استثناء التفريقات المذكورة سابقاً وأيضاً استثناء الأعراض من المرض الجموعي الثانوي لعدوى أخرى مثل التهاب السحايا والالتهاب الرئوي إلى غير ذلك. هذا ومن الصعب عمل التقييم السريري (Clinical assessment) لدرجة الجفاف. يوجد تسلسل مستمر بدءاً من الطفل الذي لا يعاني من الجفاف إلى الطفل المصاب بصدمة الجفاف. تتضح صدمة الجفاف في الطفل الذي يعاني من إعادة امتلاء الشعيرات على المدى الطويل بالإضافة إلى زيادة نبضات القلب. تشمل علامات صدمة الجفاف اللامعاوضة على مستوى متغير من الإدراك ونقص ضغط الدم. تتطلب السكتة الدماغية معالجة سريعة باستخدام الأدوية السائلة عبر الفم أو الوريد طبقاً للدلائل الإرشادية للإنعاش. من الممكن تحديد الجفاف على أساس المشتبات السريرية المتعددة. يعتبر تجلي كل من إعادة امتلاء الشعيرات بالدم لمدة أكثر من ٢ ثانية على

المدى الطويل، تراخي الجلدي غير الطبيعي، غياب الدموع، والنمط التنفسي الشاذ (التنفس السريع والعميق دون أي علامات أخرى للضائقة التنفسية التي توحى إلى الحامض) من أكثر العلامات الفعالة. إن الطفل النشط واللعب الذي يحتوي على أغشية مخاطية رطبة وأعين غير غائرة أقل عرضة للإصابة بالجفاف. يعمل زمن عود امتلاء الشعيرات على زيادة التعرض للجفاف الشديد.

عوامل الاختطار بالنسبة للجفاف

- أن يقل العمر عن اثني عشر شهراً (زيادة الباحة السطحية بالنسبة إلى نسبة الحجم، الحمل التناضحي للنظام الغذائي الذي لا يحتوي على اللبن مع الميل إلى القيء الشديد)
- تكرار التغوط (أكثر من ثماني مرات يومياً)
- حدوث القيء (أكثر من مرتين يومياً)
- الرضاعة الصناعية فضلاً عن الرضاعة الطبيعية
- سوء التغذية السابقة.

الجفاف المصاحب لفرط صوديوم الدم

- أكثر شيوعاً من قبل ولكن نادراً ما يحدث هذا العرض مع الرضاعة الصناعية الحديثة المنقاة
- يجب فحصه في الطفل الذي له سوابق وأعراض مرضية مماثلة لأعراض الجفاف بدرجة مناسبة غير الطفل الذي لديه أعراض سريرية ضئيلة بخلاف النسيج العجيني للجلد المتضيق.

الجدول رقم (٢، ٢٤). تقييم التجفاف.

النسبة المئوية للتجفاف	معدل الخطورة	السمات السريرية (Clinical features)
٣٪	غير مكتشف	
٣ - ٥ ٪	طفيف	جفاف الأغشية المخاطية إلى حدٍ ما
٥ ٪	متوسط	نقص تراخي الجلد، انخماص الأعين إلى حدٍ ما، انخفاض اليافوخ، المحافظة على معدل الدورة الدموية
١٠ ٪	حاد	جميع السمات المذكورة أعلى بالإضافة إلى النعاس، نبض سريع وبطيء، اعتدال برودة أطراف الجسم، زيادة زمن عود امتلاء الشعيرات عن ثابنتين
١٢ - ١٤ ٪		في حالة احتضار

التدبير العلاجي

(Management)

من الممكن معالجة الغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من التهاب

المعدة والأمعاء في المنزل.

دلالات يجب مراعاتها لإجراء التدبير العلاجي في المستشفى:

- أن يقل عمر الطفل عن ستة أشهر
- عدم وضوح التشخيص مع ظهور المضاعفات
- فشل التدبير العلاجي المنزلي / عدم المقدرة على تحمل السوائل الفموية / حدوث التقيؤ
- حدوث حالات طبية أخرى خطيرة مثل السكري، نقص المناعة، داء القلب الخلقى الزراقي، (خطورة التخثر المصاحب للجفاف)
- الأحوال الاجتماعية المتدهورة
- صعوبة التقييم .
- عدم المقدرة على إعادة التقييم .

الفحوصات

- تعتبر الأملاح المصلية غير مفيدة في تقييم درجة الجفاف، ولكن يجب القيام بها قبل وأثناء الإمهاء (Rehydration) (تعويض السوائل) الوريدي للتأكد من تقديم السوائل بشكل صحيح. كما تعتبر الأملاح المصلية مفيدة في التأكد من الاشتباه السريري للجفاف المصاحب لفرط صوديوم الدم.
- غالباً لا تكون هناك ضرورة لأخذ عينات من الغائط، ولكن يجب الحصول على هذه العينات في حالة وجود سوابق مرضية لحدوث إسهال متكرر أو دموي أو سوابق حدوث سفر مستحدث إلى الخارج وفي الفاشيات الظاهرة لالتهاب المعدة والأمعاء. يجب أن يكون الغائط مستنبتاً للبكتريا مع اختبار العينات بالنسبة للفيروسات خاصة الفيروس العجلي. يجب أن يستكشف الفحص المجهرى كيسات البيضات والطفيليات في عينات الغائط. يجب إرسال الغائط إلى سم المطثية العسيرة (Clostridium difficile toxin) في حالة الاشتباه في العدوى.

الإمهاء (Rehydration) (تعويض السوائل)

- يُعتبر الإمهاء (Rehydration) المعوي باستخدام المعالجة بالإمهاء الفموي (ORT) هو العلاج الموصى به بالنسبة للأطفال الذين يعانون من الجفاف المتوسط أو الطفيف. من الممكن تقديم هذا العلاج من خلال الأنبوب الأنفي المعدي في حالة عدم المقدرة على تحمل السوائل. تقديم السوائل الوريدية للأطفال الذين ليس لديهم المقدرة على تحمل السوائل من خلال المسلك الفموي أو الأنفي المعدي.

- يجب إعطاء سوائل عن طريق الحقن للأطفال الذين يعانون من صدمة جفاف. وفي حالة استعادة الدورة الدموية بشكل كافٍ، يجب البدء بإمهاء إضافي من خلال المسلك المعوي.
- يعتبر الماء وحده غير كافٍ للإمهاء الذي يلي الإسهال والقيء حيث إن هذه الحسائر غنية الأملاح التي لا بد أيضاً من استبدالها.
- تحتوي محاليل الإمهاء الفموي (ORS) Oral Rehydration Salt على كميات متنوعة من الأملاح، الغلوكوز بالإضافة إلى الأساس. في البلدان المتقدمة حيث يعتبر التهاب المعدة والأمعاء الذي ليس بسبب الكوليرا هو المعيار الثابت، يوصى باستخدام المحاليل التي تحتوي على الصوديوم بنسبة تركيز ٦٠ ميليمول / لتر والكربوهيدرات (التي ليست من الحبوب) ونسبة تركيز ٩٠ ميلي مول / لتر هي الموصى بها. تعتبر هذه المحاليل ناقصة التركيز إلى حدٍ ما بالنسبة للأسمولية المصلية ذات تركيز ٢٩٠ ميلي مول / لتر مما يساعد على الامتصاص السريع للسوائل. هذا ولا تعتبر المشروبات الرياضية مساوية التركيز نموذجية لتصحيح التجفاف الثانوي لالتهاب المعدة والأمعاء حيث إن تركيز الأملاح أقل من المطلوب كما أن المكون الأساسي لهذه المشروبات هو الكربوهيدرات.
- في الدول النامية حيث تعتبر الكوليرا العامل الفتاك الرئيسي، لا يُوصى باستخدام محاليل الأسمولية المنخفضة حيث تزيد من خطر نقص صوديوم الدم. بل يتم إجراء الإمهاء المعوي باستخدام محاليل إمهاء فموية مفرطة التوتر تحتوي على الصوديوم بتركيز ٩٠ ميلي مول / لتر. يوجد هناك دليلٌ أيضاً

على أن المحاليل التي تحتوي على الكربوهيدرات من مصدر الحبوب تعمل على إنقاص مدة الإسهال بالنسبة لسكان هذه الدول.

- يعتبر الإمهاء (Rehydration) المعوي عملاً مكثفاً مع أنه من الممكن تقديمه من خلال الفم بواسطة الوالدين أو من خلال الأنبوب الأنفي المعدي بواسطة طاقم التمريض. هذا ومن الممكن إعطاء السوائل الفموية من خلال زجاجة أو محقنة، أو من خلال مصاصات مصنعة من محاليل الإمهاء الفموي (ORS) المجمدة. هذا ومن الضروري استهلاك معظم محاليل الإمهاء الفموي (ORS) خلال ساعة واحدة من التصنيع، إلا إذا ما تم حفظها في أحد الثلاجات على الفور حيث من الممكن أن تبقى لمدة ٢٤ ساعة.
- يفضل استخدام الإمهاء المعوي السريع مع ضرورة حساب عجز السوائل واستعاضتها في غضون أربع إلى ست ساعات. يجب تقديم احتياجات سوائل المداومة أثناء هذا الوقت بالإضافة إلى استعاضة الخسائر المفرطة والمستمرة. في حالة الاشتباه في حدوث فرط صوديوم الدم، يجب تصحيح عجز السوائل ببطء مرة أخرى على مدار ١٢ ساعة مع تكرار مراقبة الكهارل.
- في حالة حدوث التقيؤ أو التغوط بشكل مستمر، يجب استعاضة هذه الخسائر باستخدام محاليل الإمهاء الفموي (ORS)، "١٠ ميلي / كجم لكل تقيؤ أو تغوط"، خاصة إذا ما كانت هذه الخسائر كبيرة.

التغذية والتهاب المعدة والأمعاء

يجب أن يستمر الأطفال الرضع الذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية (Breast-feeding) في تناول الرضاعة الطبيعية حتى أثناء الإمهاء باستخدام محاليل الإمهاء الفموي (ORS). أما الأطفال الرضع الذين يعتمدون على الأغذية البديلة عن الحليب

فيجب أن يبدأ الرضاعة الصناعية (Bottle-feeding) غير المخففة من جديد بعد انتهاء عملية الإمهاء. بالنسبة للأطفال الأكبر سناً فيجب أيضاً بدء النظام الغذائي المناسب للعمر من جديد بعد انتهاء الإمهاء على الفور. تعمل هذه التدابير على تقليل الخطر من الإصابة بالتجفاف مرة ثانية كما تؤدي إلى إنقاص كميات الغائط وإلى الاستشفاء السريع.

- ليست هناك فائدة من التجويع المستمر إلا في بعض الأطفال الذين لديهم عدم تحمل اللاكتوز الثانوي، ففي هذه الحالة يمكن إعطاء الحليب المخفف ١/٤ - ١/٢ تركيز إلى كامل التركيز كل ١٢ - ٢٤ ساعة.

المعالجات الأخرى

- تعتبر المضادات الحيوية ليس لها فائدة مثبتة في الحالات البسيطة من التهاب المعدة والأمعاء، وقد تسبب بعض الضرر.
- في حالة الإشرىكية القولونية ٠١٥٧، قد تعمل المضادات الحيوية على حدوث متلازمة انحلال الدم اليوريمية.
- من المحتمل أن تعمل المضادات الحيوية في سلمونيلة التهاب المعدة والأمعاء غير المصحوب بالأعراض على إطالة إفراز السلمونيلة بالإضافة إلى رفع المقاومة.
- تعتبر المضادات الحيوية ذات فائدة في التهاب المعدة والأمعاء الجرثومي المصحوب بمضاعفات الإنتان الدموي أو الأمراض المعدية المجموعية. يجب أن يحدث هذا بالتشاور مع قسم الميكروبيولوجيا المرضي أو قسم الصحة العامة.
- المضادات الحيوية يجب أن تستعمل في المرضى الذين يعانون من نقص المناعة وسوء التغذية (Malnutrition). ومن الممكن استخدام هذه المضادات في حالات العدوى الطويلة مثل داء الجيارديا وداء الأميبا.

- ليست هناك فائدة من استخدام مضادات القيء
- ليس هناك دور للأدوية التي تعمل على تغيير الحركة المعوية مثل اللوبيراميد (دواء مضاد للتمعج) والمشتقات الأفيونية التي تحجب خسائر السوائل من خلال تأخير انتقال الأمعاء.
- لم يتم حتى الآن تحديد دور الجراثيم الحميدة في معالجة التهاب المعدة والأمعاء. تشير بعض الأدلة إلى أن الملبنة () قد تكون لها فائدة في تقليل مدة الأعراض.

الوقاية

(Prevention)

- تحدث معظم حالات التهاب المعدة والأمعاء بسبب انتقال العدوى من خلال الفم والغائط بينما تحدث بعض الحالات بسبب الأطعمة النيئة أو الملوثة. من الممكن أن يعمل كلٌ من التطهير والعناية بإعداد وتخزين الطعام بالإضافة إلى تنظيف اليدين بدقة إلى الوقاية من العدوى أو التحكم في انتشار المرض.
- يجب إبلاغ قسم الصحة العامة بجميع الحالات المصابة بالتهاب المعدة والأمعاء الجرثومي.
- يجب فصل الأطفال المصابين بالتهاب المعدة والأمعاء من الجناح العام أثناء تواجدهم في المستشفى كما يجب فصلهم بصفة خاصة عن المرضى المصابين بنقص المناعة.
- تظهر المناعة ضد عدوى الفيروسات العجالية في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين إلى ثلاث سنوات ويعتقد أنها تعمل على الوقاية من العدوى الشديدة. ومن ثم، فإن هناك مزيداً من الاهتمام لتطوير أحد أنواع اللقاح

الفعالة. ولقد تم سحب أحد أنواع اللقاح طوعاً بعد تحديد الخطر المتزايد من الانغلاف المعوي (Intussusceptions). هذا ولقد أظهرت بعض أنواع اللقاحات تسجيلات آمنة بشكل جيد، تحفيز الجهاز المناعي بشكل جيد، والحد من معدلات الدخول إلى المستشفى والحاجة إلى الإمهاء (Rehydration) بالوريد. وحتى إذا ما تم تطبيق هذه النتائج على جميع السكان، بصفة خاصة الأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية، فإنهم لا يزالون حتى الآن جزءاً من قائمة التحصين الروتينية.

المضاعفات

(Complications)

- الجفاف، الحماض الاستقلابي (Metabolic acidosis)، واضطراب الأملاح (خاصةً نقص كالسيوم الدم، نقص صوديوم الدم، وفرط صوديوم الدم).
- عادة ما تحدث عدم المقدرة على تحمل الكربوهيدرات (Carbohydrate intolerance) بشكلٍ نسبي عقب التهاب المعدة والأمعاء الحاد خاصة عدوى الفيروسات العجلى. وقد يتسبب هذا في الجفاف السريع والحاد كتأثير تناضحي. أغلب الحالات تتحسن خاصة إذا كانت بسبب الفيروس العجلى ويمكن أن تتحسن بالرجوع إلي التغذية بالتدرج. وفي بعض الأحيان تظهر عدم المقدرة على تحمل أحادي السكاريد (سوء امتصاص الغلوكوز) الذي يتطلب استمرار تناول السوائل الوريدية لفترة من الزمن. عادة ما يحدث تكرار النغوط السائب والمتواصل الذي غالباً ما يؤدي إلى تلف الجلد المحيط بالشرج بشكلٍ مؤقت. هذا وسوف تكون مادة اختزال الغائط إيجابية (أكثر من ٠.٥٪) كما أنه من الممكن اختبار الغائط الحمضي في حالة عدم التأكد من التشخيص.

في حالة استمرار العوارض لمدة تتراوح من ٤ إلى ٦ أسابيع، ينصح بالاعتماد على النظام الغذائي الخالي من اللاكتوز. تعمل المراهم الموضعية الحائلة على الوقاية من التقرح المحيط بالشرح.

- من الممكن أن تستجيب متلازمة الأمعاء التالية المصاحبة للاعتلال المعوي للتغذية بحليب البقر وبروتين الصويا (انظر فصل ٣٢، الإسهال المزمن (Chronic diarrhoea)).

- قد تنشأ المضاعفات نتيجة للوصفة الطبية غير الصحيحة للسوائل الوريدية لتصحيح الإمهاء.

- من الممكن أن يؤدي التدارك السريع لفرط صوديوم الدم إلى حدوث وذمة مخية؛ فيجب قياس مصل الصوديوم بانتظام مع الهدف إلى الإنقاص التدريجي.

- تحدث متلازمة انحلال الدم اليوريمية فيما يتراوح من ٦ - ٩٪ من الأمراض المعدية المصاحبة للإشريكية القولونية ٠١٥٧. تتسم هذه المتلازمة بظهور الشحوب، فقدان الذاكرة وقلة البول عقب التهاب المعدة والأمعاء. يتجلى فقر الدم وقلة الصفائح في تعداد كريات الدم الحمراء الكلية. هذا وسوف يظهر غشاء الدم كريات حمراء مفتتة وكريات حمراء شائكة وخوذية. ودائماً ما يظهر تحليل البول بيلة دموية مجهرية وبيلة بروتينية طفيفة.

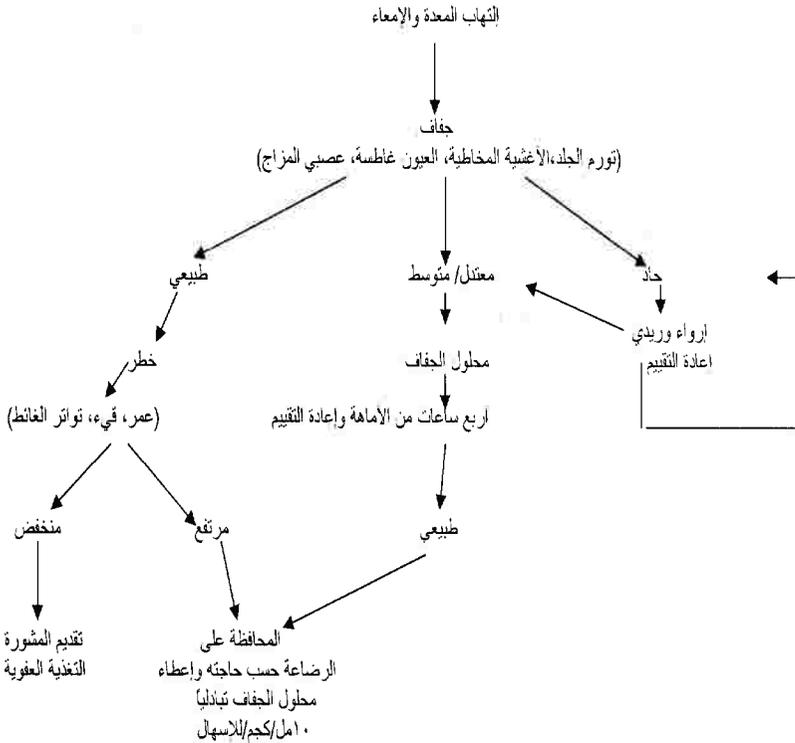
الإسهال المزمن (Chronic diarrhoea)

يسمى الإسهال بالإسهال المزمن (Chronic diarrhoea) في حالة استمراره لمدة تزيد

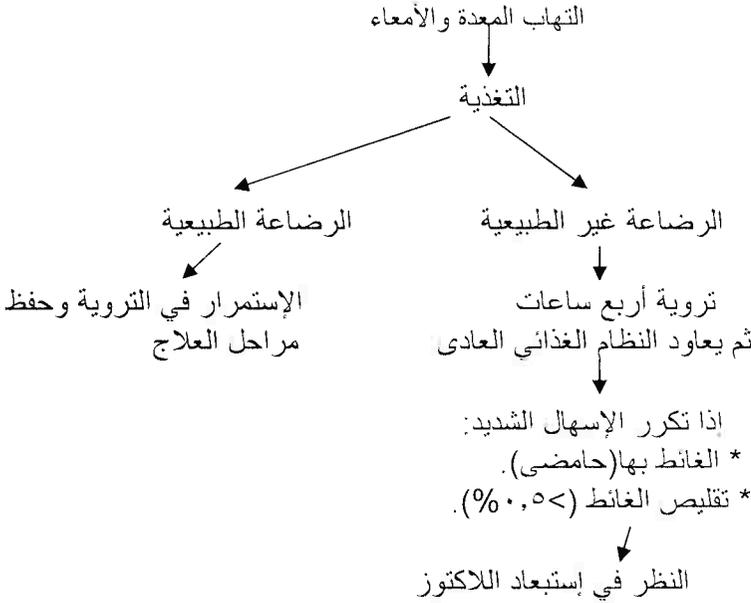
عن أسبوعين.

وقد يعكس هذا:

- العدوى المتواصلة بالكائن الممرض الأول
- الإصابة بالكائن الممرض الثاني
- متلازمة الأمعاء التالية
- كشف القناع عن السبب غير الفعال للإسهال المزمن مثل داء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease)، عدم المقدرة على تحمل حساسية الطعام، مرض سلياك (Coeliac)، العوز المناعي، التسريب الناتج من الإمساك (Constipation)، قصور البنكرياس (Pancreatic insufficiency).



الشكل رقم (١، ٢٤). علاج الجفاف في التهاب المعدة والأمعاء. نسخ باذن من ميرفي ١٩٩٨م.



الشكل رقم (٢، ٢٤). العلاج التغدوى في التهاب المعدة والأمعاء. نسخ ياذن من ميرفي ١٩٩٨ م.

المراجع والمصادر

References and resources

Elliot EJ. Acute Gastroenteritis n children, BMJ 2007;334:35-40

Murphy MS. Guidelines for managing acute gastroenteritis based on a systematic review of published research. Arch Dis Child 1998;79:279—284

دراسة أحد الحالات

في وقتٍ سابق، كانت تعاني طفلة رضية تبلغ من العمر ستة أشهر وفي حالة جيدة من التهاب المعدة والأمعاء الحاد (Acute gastroenteritis) والذي يتجلى في صورة غائط مائي متكرر الحدوث. كانت هذه الطفلة تعاني من التجفاف وتحتاج إلى الانتقال إلى

المستشفى. تمت معالجتها (كما هو مألوف) باستخدام المعالجة بالإمهاء (Rehydration) الفموي لتعويض السوائل ثم العودة السريعة للنظام الغذائي الطبيعي. وكان الغائط إيجابياً الفيروسة العجلية.

تم توقف الإسهال بصورة مبدئية ثم عاود مرة ثانية حينما تم تقديم الحليب مرة ثانية في صورة إسهال مائي متكرر الحدوث. وكان هذا الغائط إيجابياً بالنسبة لتقليل المواد مشيراً إلى عدم المقدرة على تحمل اللاكتوز الثانوي. كانت هذه الطفلة في حاجة إلى فترة إضافية من المعالجة بالإمهاء (Rehydration) الفموي ثم العودة التدريجية بعد ذلك إلى الحليب ١/٤ تركيز مع محلول الجفاف، ثم ١/٢ تركيز، ثم تركيز كامل. فتوقف الإسهال على مدار الأيام القليلة التالية حتى وقت خروجها من المستشفى.

عادة ما تحدث عدم المقدرة على تحمل اللاكتوز عقب عدوى الفيروسة العجلية وإذا كانت شديدة يمكن أن تسبب جفاف عن طريق التأثير الأزموزي للكريات غير الممتصة (غائط مائي شديد سائل). وعادة ما تكون الاستجابة قصيرة المدى إما للعودة التدريجية لتقديم الحليب وإما للاعتماد على النظام الغذائي الذي لا يحتوي على اللاكتوز لمدة تتراوح بين أربعة إلى ستة أسابيع.

الارتجاع المعدي المريئي

Gastro-oesophageal Reflux

المقدمة

(Introduction)

الارتجاع المعدي المريئي (Gastro-oesophageal reflux) يعتبر من الأمراض الأكثر شيوعاً حيث يشير إلى مرور المحتويات المعدية إلى المريء السفلي. وهو عبارة عن ظاهرة فسيولوجية طبيعية تحدث بشكل أكثر شيوعاً في الأطفال الرضع. ويظهر هذا الداء أيضاً في البالغين والأطفال الأكبر سناً خاصة بعد تناول الوجبات. وينتج عن الاسترخاء العابر للعضلة العاصرة المريئية دون الارتباط بعملية البلع.

- يحدث الارتجاع المعدي الوظيفي (Physiological reflux) بشكل طبيعي في الأطفال الرضع والأطفال الأكبر سناً والبالغين الذين يتناولون الطعام بشكلٍ مفرط.
- يشير الارتجاع المعدي (Regurgitation) إلى عودة المحتويات المعدية بدون الارتجاع إلى البلعوم والفم ويختلف عن القيء الذي هو عبارة عن العودة بجهد للمحتويات المعدية إلى البلعوم ثم إلى الفم.

- الارتجاع المعدي الوظيفي عبارة عن حدوث الارتجاع المعدي (Regurgitation) دون التسبب في حدوث أي مرض أو علامات سريرية تشير إلى داء الارتجاع المعدي المريئي (Gastro-oesophageal reflux disease). يحدث الارتجاع الوظيفي بشكل أكثر شيوعاً وتاريخه الطبيعي هو التحسن خاصة عند شروع الطفل في تناول الأطعمة الصلبة وعندما يصبح قادراً على التنقل. يقوم أكثر من ٥٠٪ من الأطفال الرضع الطبيعيين بالارتجاع أكثر من مرتين يومياً. يعتبر العامل الرئيسي هو كمية السائل العالية لكل كيلوجرام تم هضمه في هذا العمر مقارنة بالبالغين والأطفال الأكبر سناً. بالنسبة لمعظم الأطفال الرضع، يتحسن الارتجاع عند سن ١١ شهراً.
 - متلازمة اجترار المراهقين عبارة عن الارتجاع الذي يظهر في الأطفال الأكبر سناً والمراهقين. ولا تحدث للحالة المصابة أي مضاعفات مثل عدم حدوث إنقاص في الوزن.
 - داء الارتجاع المعدي المريئي (GORD (Gastro-oesophageal reflux disease) يتضمن الارتجاع مع الإصابة بمرض خطير مثل الفشل في النمو (Failure to thrive)، الإصابة بمرض نفسي، والتهاب المريء (Oesophagitis) أو حدوث مضاعفات التهاب المريء مثل التضيق.
- ومن ثم يغطي مصطلح الارتجاع المعدي المريئي (Gastro-oesophageal reflux) نطاقاً كبيراً يتراوح في الحدة من إحدى الأضرار المتقطعة إلى الإصابة بمرض يتسبب في حدوث خطورة على الحياة.

التهاب المريء الارتجاعي

(Reflux oesophagitis)

يتضمن التهاب المريء (Oesophagitis) حدوث تلف حمضي أو قلوي في المريء السفلي الذي قد يكون مؤلماً. قد يكون البكاء وحدة الطبع من أعراض التهاب المريء في الأطفال الرضع المماثل لشكوى البالغين من حدوث حُرقة في المعدة أو ألم في الصدر. وقد يتجلى في الأطفال المصابين بالتهاب المريء كراهية تناول الأطعمة كنتيجة لحدوث الألم أثناء تناول الطعام وقد يكون رفض الأطعمة هو علامة الحضور. ومن المحتمل أن يكون هذا هو العامل المهم في تفاوت النمو الظاهر في بعض الأطفال المصابين بالارتجاع. وقد يكون من الصعب تشخيص هذا الأمر ومن الضروري معالجة التهاب المريء قبل بدء البرنامج الغذائي للتعامل مع الكراهية من تناول الأطعمة.

أعراض وعلامات داء الارتجاع المعدي المريئي

(Symptoms and signs of GORD)

الأعراض النمطية

- حدوث القلس (Regurgitation) أو القيء بشكل متزايد.
- الغثيان.
- إنقاص الوزن وتباين النمو.
- حدة الطبع أثناء تناول الأطعمة، التقوس، المغص ورفض الطعام.
- عسر البلع.
- القلق الشرسوفي أو حدوث آلام في الصدر.
- الفواق المفرط.

- قيء الدم (Hematemesis) أو فقر الدم - عوز الحديد (Iron deficiency).
- الالتهاب الرئوي الشفطي.
- انسداد المريء بسبب التضيق.

الأعراض غير النمطية

- الأزيز / داء الربو المقاوم للشفاء أو العلاج أو السيطرة.
- السعال / الصرير.
- النوائب الزراقية.
- حدة الطبع المتعممة.
- قلق مع بكاء غير معروف السبب.
- العوارض السلوكية العصبية - حبس النفس، متلازمة سانديفر، النوبات الشبيهة. بالتشنجات، خلل التوتر.
- تقاوم المرض التنفسي.
- انقطاع النفس، أحداث تؤدي إلى الحياة الخطرة، متلازمة موت الرضيع الفجائي.
- إن الارتباط بين الارتجاع المعدي المريئي والأحداث التي تؤدي إلى خطر الحياة مثير للجدل إلى حد ما ومن المحتمل أن يكون ذا صلة فقط في حالة قيام الطفل الرضيع بالتقيؤ أو الاختناق أو يصبح لونه أزرق أثناء أو بعد التغذية مباشرة.

الفحص

(Investigation)

- إن عمل التقييمات الكاملة للأطفال الرضع أمر مهم للغاية بما في ذلك المتابعة الدقيقة لتاريخ التغذية، فمن الهام مراعاة التشخيص التفريقي (انظر الجدول أسفل). يجب إلقاء مزيد من الاهتمام على حدة الأعراض والتأثير على النمو بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية المناسبة مثل قلق وتوتر الوالدين.

- يعتبر الارتجاع الوظيفي أكثر شيوعاً. نادراً ما يتطلب الارتجاع الوظيفي فحصاً نوعياً وهو من أحد التشخيصات السريرية، بالرغم من ضرورة التقييم السريري الدقيق للحالات ومراعاة التشخيص التفريقي.
- تتطلب معظم الحالات الشديدة مزيداً من الفحص والتقييم. دائماً ما يكون فحص الارتجاع (Reflux) اجتياحياً وغير دقيق بالضرورة ويحتاج إلى التخطيط الدقيق. هذا ويوجد عدد من الفحوصات المختلفة التي يجب إجراؤها بالتزامن مع السجل الطبي "بالماضي" للمريض بما في ذلك السجل الطبي للتغذية والفحص الدقيق.
- تحتاج الحالات الحرجة إلى طبيب متخصص في طب الجهاز الهضمي للأطفال و / أو تقييم جراحي للأطفال.

التشخيص (Diagnosis) التفريقي للارتجاع المعدي المريئي

- العدوى مثل عدوى الجهاز البولي والتهاب المعدة والأمعاء.
- انسداد الأمعاء مثل تضيق البواب، رتق الأمعاء، وسوء الاستدارة.
- الأرجية الغذائية وعدم المقدرة على تحمل الطعام مثل الأرجية الناجمة عن لبن البقر، الأرجية من فول الصويا، والمرض الباطني.
- الاضطرابات الاستقلابية مثل السكري، الأخطاء الاستقلابية الخلقية.
- المشاكل النفسية مثل القلق.
- الأدوية المحدثة للتقيؤ مثل العوامل السامة للخلايا.
- الأمراض التنفسية الأولية مثل الربو والتليف الكيسي.
- الإرتجاع.

الارتجاع المعدي المريئي والداء التنفسي

- قد يكون انقطاع النفس الانسدادي مع نقص تأكسج الدم والزرارق السمة الجالية في داء الارتجاع المعدي المريئي. يوجد بعض الجدل حول العلاقة السببية حيث أن انقطاع النفس الانسدادي قد يكون المرض الأولي مع الارتجاع المعدي المريئي الثانوي. من المحتمل أن تتصل هذه الآلية باختناق الحنجرة وقد تتجلى أيضاً في صورة صرير متقطع. هذا وتتجلى العلامات التنفسية العلوية مثل الحانوق التشنجي، خشونة الصوت، عقيدات الأحبال الصوتية في الأطفال الأكبر سناً.
- يحدث الارتجاع المعدي المريئي بشكل كبير في الأطفال المصابين بداء تنفسي مزمن، خاصة داء الربو. وقد يكون هذا أولياً أو ثانوياً حيث إن الداء التنفسي قد يكون ثانوياً للارتجاع أو قد يتسبب الداء الرئوي الداخلي (الربو، التليف الكيسي، نقص المناعة، الناسور الرغامي المريئي) من خلال السعال المفرط في حدوث الارتجاع.

دواعي إجراء فحوصات لداء الارتجاع المعدي المريئي المفترض

(Indications for investigation of presumed gastro-oesophageal reflux)

- ضرورة التأكد من الفحص.
- تباين النمو.
- التقيؤ الزائد عن الحد.
- السمات التي توحى إلى التهاب المريء (Oesophagitis).
- الكهارل المشوهة / الحماض.
- صعوبة التحكم في الداء التنفسي.

أشعة الباريوم

- يعمل بلع الباريوم (Barium swallow) على تقييم المريض خلال فترة زمنية قصيرة حيث يقوم بتوضيح الارتجاع بالرغم من أنه غير ملموس أو معين على نحوٍ خاص. قد يكون الباريوم تشخيصياً غير أنه في الحالات الأقل وضوحاً قد يفشل في تحديد الارتجاع المرض أو يقوم بالتشخيص للإرتجاع المرض.
- بالرغم من ذلك، يعتبر الباريوم من الفحوصات الهامة للأطفال الرضع الذين تظهر عليهم عوارض حادة توحى إلى الجزر عندما يقوم باستثناء الفتق الحجابي الكبير، التضيق المريئي، تضيق البواب (Pyloric stenosis) غير النموذجي، وتيرة المعدة، وتيرة الاثنا عشري، انقلاب الأمعاء، الانفتال، أو أي سبب تشريحي آخر للقيء الدوري.
- يعمل الباريوم على استثناء ما سبق ذكره أعلى في الأطفال الأكبر سناً. يعمل الباريوم أيضاً على تشخيص الفتق الحجابي الذي يعمل كمستودع للحمض ويزيد من احتمالية التهاب المريء الارتجاعي.

دراسة حموضة المريء (pH)

- تقوم هذه الدراسة باستخدام معيار فحص لقياس الحموضة المريئي السفلي ويعتبره البعض الفحص المعياري الذهبي.
- تتمثل مزايا هذه الدراسة في المقدرة على تحديد كمية الارتجاع على مدار فترة من الزمن (عادة ما تكون ٢٤ ساعة) وإيجاد علاقات مؤقتة مع الحالات والعوارض اللا نموذجية مثل انقطاع النفس. تعتبر دراسة الحموضة (pH) مفيدة بشكلٍ خاص في الأطفال المصابين بأعراض تنفسية أو أعراض سلوكية عصبية.
- ضعف القدرة لإعادة الإنتاج.
- تتأثر النتيجة أيضاً بحالة السريرية للطفل في اليوم الذي تجرى فيه هذه الدراسة

التي يجب أن ترتبط بقدر الإمكان بالحالة الطبيعية بالنسبة للمتناول الغذائي والنشاط بصفة خاصة.

- يجب تفسير تسجيل الدراسة ككل في السياق السريري. يُشار بزمّن الحموضة (pH) الأقل من ٤٪ بالمؤشر الجزري (Reflux index). وبوجهٍ عام تشير نسبة ٥ - ١٠٪ إلى وجود جزر طفيف، ونسبة ١٠ - ٢٠٪ إلى وجود ارتجاع متوسط الذي عادة ما يتم التحكم فيه من خلال العلاج الطبي، ونسبة ٣٠٪ فما فوق إلى الارتجاع الحاد الذي دائماً ما يتطلب تدخلاً جراحياً.

- لا يحتاج الأطفال المصابون بالجزر الوظائفني إلى إجراء دراسة الحموضة (pH).

دواعي إجراء قياس حموضة المريء (pH)

- عدم التأكد من التشخيص.
- الاستجابة الرديئة للمعالجة الطبية.
- في حالة اعتبار التدخل الجراحي.
- الأطفال الذين إذا عمل لهم الفحص سوف يؤدي إلى حدوث تغير في التدبير العلاجي.

- العوارض التي توحى إلى الارتجاع الخفي.

- عدم تفسير أو صعوبة التحكم في الداء التنفسي.

هذا وقد تكون دراسة الحموضة (pH) سلبية على نحو زائف في تجلي الارتجاع (Reflux) القلوي (الاسترجاع القلوي من المعدة والاثني عشر). ويتطلب لاستكشاف الارتجاع القلوي إما المتابعة المزدوجة الحموضة (pH) القياس المرئي الثنائي (القطب الكهربائي في المعدة والمرئي) والمقاومة المرئية أو فحص الحليب الإشعاعي. يعمل فحص الحليب الإشعاعي أيضاً على تقييم التفريغ المعدي.

الفحص الإشعاعي للحليب (Milk scan)

• يقوم هذا الفحص باستخدام تقييم متواصل يصل إلى ساعة عقب تناول الوجبة التي تحتوي على مواد مشعة. يعتبر هذا الفحص مستقلاً عن فحص الباهاء ومن ثم يمكنه استكشاف الجزر (Reflux) القلوي. يحدث هذا الفحص عقب تناول وجبة وظائفية وليست مصطنعة ويتم إجراؤه على مدار فترة من الزمن تصل إلى ساعة. تعتبر هذه التقنية مفيدة بشكل خاص في تشخيص الارتجاع اللاحمضي.

• كما أنها تقوم أيضاً بتقييم التفريغ المعدي الذي يعتبر مؤشراً هاماً للحركة المعوية الكلية. يعتبر التفريغ المعدي المتأخر من العوارض المنتشرة بشكل واضح في الأطفال المصابين بالشلل الدماغي (Cerebral palsy) والذي قد يعكس تقيؤهم خلل الوظيفة الحركية الكلية للأمعاء بخلاف داء الارتجاع المعدي المريئي (Gastro-oesophageal reflux)(GORD).

• وتتغير حساسية اكتشاف الارتجاع (Reflux) ولكنها قد تصل إلى ٩٥٪.

تنظير المريء والاختراع المريئي (Oesphagoscopy and oesophageal biopsy)

• يعتبر التنظير المعدي العلوي للأطفال الذين يعانون من التهاب المريء (Oesophagitis) المحتمل أحد الفحوصات المفيدة ويجب مراعاته في جميع الأطفال المصابين بالارتجاع الشديد المصحوب بالأعراض.

• يجب أخذ عينات من المريض حيث قد لا يظهر التشوه الهستولوجي الخطير بشكل واضح في التنظير الداخلي.

• يعتبر الترشيح اليوزيني (Eosinophilic) من إحدى الصفات المميزة لالتهاب المريء الارتجاعي (Oesophagitis reflux).

- تشير زيادة اليوزينات إلى الالتهاب المريئي شديد الحساسية من حليب البقر/ التهاب المريء اليوزيني (Eosinophilic oesophagitis).
- يعتبر الاختلاف بين التهاب المريء الارتجاعي (Reflux oesophagitis) والتهاب المريء اليوزيني مثيراً للجدل بعض الشيء.

التدبير العلاجي

(Management)

- تمت معالجة معظم المرضى المصابين بداء الارتجاع المعدي المريئي في الرعاية الأولية بواسطة الزائر الصحي والممارس العام.
- دائماً ما تكون التدابير البسيطة التالية أكثر فاعلية:
- تفسير السجل الطبي الطبيعي للمريض والتأكد منه مرة ثانية، تعليم الوالدين.
 - مراجعة التغذية وممارستها مثل التأكد من عدم الإفراط في التغذية، تناول كميات صغيرة من الطعام بشكل متكرر، الحلمة الصغيرة للغاية أو الكبيرة جداً حيث قد يتسبب كل منهما في بلع الهواء.
 - مراجعة طريقة وضع الطفل أثناء التغذية.
 - استخدام المواد الغذائية المسببة للشخانة.
 - استخدام الألبان المضادة للقلس.

وضع الطفل

يتعرض الطفل الرضيع إلى درجة أقل من الارتجاع في وضعية الانكباب مقارنةً بوضعية الاستلقاء. بالرغم من أن وضعية الانكباب تتصل بدرجة عالية من متلازمة موت الرضيع الفجائي (SIDS). بالنسبة للأطفال الرضع المصابين بالارتجاع

الذين تتراوح أعمارهم من سن الولادة حتى سن ١٢ شهراً، تفوق خطورة متلازمة موت الرضيع الفجائي (SIDS) الفوائد المحتملة من وضعية النوم الانكبابية. بالنسبة للأطفال الذين تبلغ أعمارهم أكثر من عام، فمن الأرجح أن تكون هناك فائدة من النوم متكئا على الجانب الأيمن مع رفع الرأس عن السرير.

المواد الغذائية المسببة للثخانة

تعتبر الأطعمة الثخينة مفيدة في الحد من أعراض الجزر المعدي المريئي، وهذه كانت موضوع استعراض Cochrane حديثاً. يجب إعطاء المواد الغذائية المسببة للثخانة (Feed thickeners) والألبان المضادة للجزر (التي تحتوي على المواد المثخنة أو التي تثخن عند اتحادها مع الحامض في جو المعدة الدافئ) في الأطفال المصابين بالارتجاع المصحوب بالعوارض المستمرة والذي يؤثر على المتناول الغذائي أو من خلال تأثير القيء الزائد عن الحد على أسلوب الحياة، ولكن ينصح بها في الأطفال الأصحاء الذين يعانون من القلس (Regurgitation). تتضمن المواد الغذائية المسببة للثخانة (Feed thickeners) الكاروبيل (Cow & Gate) (Carobel) والنستارجيل (Nestle) (Nestargel). تحتوي بعض المواد الغذائية المسببة للثخانة (Feed thickeners) على طاقة غذائية إضافية وهي مناسبة للأطفال الرضع. تعتبر الألبان المضادة للقلس مثل Enfamil ARR (Mead) (SMA Staydown Johnson) متاحة بأرفف المتاجر بدون وصفة. ومن الممكن أن يقوم الطبيب بوصف كلا النوعين.

استثناء الحليب

قد يُسمح للأطفال المصابين بالارتجاع المصحوب بالأعراض المستمرة مع وجود إيماءة إلى الحساسية (تاريخ عائلي موجب وفحص الحساسية بالجلد موجب) (تأهب للأرجية) باستثناء الحليب من وجباتهم الغذائية. يجب أن تحتوي بدائل الحليب على البروتين المهضوم / الهدرج (حليب مصنع من البيتدا أو الأحماض الأمينية خالي

من أجسام المناعة) مثل (Nutramigen (Mead Johnson) & Neocate (SHS). يتم تناول هذه البدائل لمدة أسبوعين. لا بد أن تكون المواد الغذائية الصلبة خالية من الحليب. بالنسبة لبعض الأطفال، فإن المداومة لمدة ستة أسابيع قبل اتخاذ القرار حول الفعالية ضرورية في بعض الأحيان.

- لا يجب استخدام الأغذية البديلة التي تحتوي على الصويا. يوجد تفاعلية متعارضة على نحوٍ هام بين حليب البقر وبروتين الصويا وبسبب وجود فيتواستروجين في حليب الصويا، لا يوصى باستخدامها في الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر.

العلاج النوعي

(Specific treatment)

من الضروري الانتقال إلى المعالجة الدوائية للأطفال المصابين بالجزر الشديد المصحوب بالأعراض أو الذين تظهر عليهم أعراض وعلامات داء الإرجاع المعدي المريئي (Gastro-Oesophagitis reflux) (GORD). تمت مراجعة قاعدة الإفادة بالمعالجة الدوائية جيداً في موقع آخر.

الجينات المركبة

تعتبر الجينات المركبة (مثل جافيسكون "Gaviscon") علاجاً عرضياً فعالاً للإرجاع المعدي المريئي. يعمل جافيسكون من خلال التفاعل مع الحمض المعدي من وإلى إحدى المواد الهلامية اللزجة. يأتي جافيسكون الخاص بالأطفال الرضع (Infants) في كيس مزدوج، جرعة واحدة إذا كان الوزن أقل من ٤.٥ كجم، جرعتين إذا كان الوزن أكثر من ٤.٥ كجم إلى ست مرات يومياً كأقصى حد. من الممكن إضافة جافيسكون إلى الغذاء أو للأطفال الرضع الذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية

(Breast-feeding) من خلال إذابته في ماء مقل مبرد وتقديمه بالملعقة عقب كل وجبة.

إحماد الحامض

- مثبطات الهيستامين "H2" مثل الرانيتدين (Ranitidine) .
- مثبطات مضخة البروتون مثل الأوميبرازول.

يُستخدم الرانيتدين (Ranitidine) على نطاق واسع حيث إنه آمن الاستخدام ويمكن التعامل معه بشكل جيد كما يمكن مراعاته قبل أي فحص آخر في الأطفال الذين ينمون بشكل جيد ويتم تشخيصهم بشكل سليم. أما بالنسبة للجرعة فهي عبارة عن ٢ - ٤ ملغم / كجم مرتين يومياً كما يمكن استخدام الشراب (٧٥ ملغم / ٥ مل). يتم معالجة الأطفال المصابين بالتهاب المريء (Oesophagitis) أو الإرجاع الشديد المصحوب بالأعراض جيداً باستخدام مثبطات مضخة البروتون. عادة ما يتم الحصول على الوصفة الطبية من أخصائي طب الأطفال.

يتم استخدام الأوميبرازول بشكل أكثر شيوعاً في الأطفال. يتوفر الأوميبرازول في صورة أقراص أو كبسولات. من الممكن مزج أو نثر قرص الدواء أو القيام بسحق الكبسولات للأطفال لتسهيل عملية إعطاء الدواء. أما بالنسبة للجرعة فهي عبارة عن ٠,٧ - ١,٤ ملغم / كجم يومياً بالرغم من إمكانية استخدام جرعات أعلى. يوجد مثبطات أخرى لمضخة البروتون مثل اللانسوبرازول الذي يتوفر في كيس يمكن تحضيره كمحلول وردي بمذاق الفراولة، بالرغم من ذلك يتم استخدامه بدرجة أقل في الأطفال.

أدوية البروكينيتك "Prokinetic"

تعمل هذه الأدوية على زيادة ضغط المصرة المريئية السفلية، تحسين التصفية المريئية ومساعدة التفريغ المعدي مثل الميتوكلوبراميد، الدومبيريدون، والإريثروميسين. إن الميتوكلوبراميد عبارة عن مضاد دوپامين. يعتبر هذا الدواء فعالاً ولكن بسبب مخاوف

حول تأثيرات الجهاز العصبي خارج الهرمي، لم يتم استخدامه على نطاق واسع مع أنه حديثاً أو وضحت دراسة Cochrane أنه مفيد ولكن استخدامه قليل. الدومبيريدون أيضاً عبارة عن مضاد دوبامين له آثار جانبية كثيرة بالرغم من وجود معلومات محدودة حول الفعالية. أما بالنسبة للإريثروميسين فإن له دوراً فعالاً بالرغم من التأثير الجانبي للجهاز الهضمي.

دور الجراحة

يتم اللجوء إلى الجراحة في حالة فشل المعالجة الدوائية لداء الإرجاع المعدي المريئي (GORD). عادة ما تكون الجراحة عبارة عن ثنية فؤاد المعدة مع رأب البواب في حالة التفريغ المعدي المتأخر. عادة ما يتم عمل فغر المعدة (Gastrostomy) للتغذية في نفس الوقت، خاصة إذا ما كانت هناك مشاكل غذائية.

من الهام جداً إدراك المشاكل المحتملة بعد التدخل الجراحي والتي تشمل عودة الإرجاع (بنسبة ١٠٪)، التهوع، الانتعاش، الإغراق، والانسداد المعوي الذي قد يكون من المضاعفات المتأخرة وقد لا يمكن تشخيصه في غياب التقيؤ مع احتمالية وجود عواقب وخيمة.

مجموعات المرضى بالنسبة لمستويات الخطورة العالية من الجراحة

- الأطفال المصابون بالشلل العصبي.
- الأطفال المصابون بالداء التنفسي والمصحوب بالإرجاع المقاوم للشفاء أو العلاج أو السيطرة مثل الرتق المريئي، وخلل التنسج القصي الرئوي.
- الأطفال المصابون بمضاعفات التهاب المريء مثل التضيق.
- متلازمة باريت المريئية (نادراً ما تحدث في الأطفال).
- إصلاح الناسور الرغامي المريئي.

متلازمة باريت المريئية

- تشير إلى وجود ظاهرة أسطوانية الخلايا في المريء السفلي يعتقد بأنها نتيجة الإرجاع المعدي المريئي القديم.
- يوجد خطر متزايد من حدوث سرطان غدي مريئي.
- نادراً ما يحدث في مرحلة الطفولة ويتطلب معالجة دوائية مكثفة الإرجاع المعدي المريئي بالإضافة إلى القيام بالتنظير الداخلي بشكل منظم.
- دائماً ما يتم اعتبار جراحة تشنية فؤاد المعدة.

التهاب المريء اليوزيني (Eosinophilic oesophagitis)

- تتم رؤية هذه الحالة باستمرارية متزايدة، كجزء من نطاق اعتلال المعدة والأمعاء اليوزيني (Eosinophilic gastroenteropathy) واضطرابات الأرجية (انظر فصل ٤٥).

- يوجد أحد الأعراض الذي يتزامن مع الإرجاع المعدي المريئي.
- يحدث بشكل أكثر شيوعاً في الأولاد ذوي الحساسية الأكبر سناً.
- يعتبر عسر البلع من الأعراض البارزة.
- أهمية اختبار الأرجية. من المحتمل أن تكون دراسة حموضة المريء إيجابية. توجد وفرة من اليوزينات في العينه المريئي.
- يتضمن العلاج الأدوية المخصصة للارتجاع المعدي المريئي، النظام الغذائي الاستبعادي، الاستيرويدات، الأدوية المضادة للالتهاب، كبت المناعة.
- يوجد تاريخ طبيعي للانتكاس، الإغفاء، والإزمان.
- أحياناً ما تكون هناك حاجة إلى تكرار العينات.

المشاكل الغذائية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي (Cerebral palsy)

عادة ما يعاني الأطفال المصابون بالشلل الدماغي من صعوبات غذائية مثل

الارتجاع المعدي المريئي. يتطلب تقييم مشاركة الارتجاع المعدي المريئي رعاية مناسبة. يوجد عدد من الأسباب الكامنة للصعوبات الغذائية:

- الضعف البصلي المصحوب بعدم التناسق المريئي.
- الشرج الأولي أو الثانوي.
- التهاب المريء الارتجاعي.
- خلل حركة الأمعاء واسع الانتشار.
- الحركة والوضع، درجة فرط التوتر التصليبي.
- الحالة الغذائية الرديئة.
- الإمساك.

يحتاج الأطفال إلى تقييم دقيق متعدد التخصصات من قبل إحدى فرق التغذية التي تشمل أخصائي التغذية، معالجاً لغوياً، المعالجة المهنية، بالإضافة إلى أخصائي أعصاب ونمو طب الأطفال. دائماً ما تتم الإشارة إلى تقييم إشعاعي فيديو للباريوم لتقييم عملية البلع. يجب معالجة داء الارتجاع المعدي المريئي (GORD) بشدة في حالة ظهوره.

يعتبر الاهتمام بالتغذية من العوامل الرئيسية. تحصل الغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من صعوبات غذائية على الغذاء من خلال فغر المعدة (Gastrostomy). تتم تشيئة فؤاد المعدة في حالة تفاقم الارتجاع، بالرغم من أنه، في بعض الحالات، في حالة تحسن الحالة الغذائية يحدث تحسن للارتجاع نتيجة لذلك. تعتبر حركة الأمعاء من العوامل الرئيسية في القدرة على تحمل الطعام في الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والذين قد يكونون مصابين بالتفريغ المعدي المتأخر الذي يؤثر بشكل كبير على القدرة على تناول الطعام خاصةً إذا ما كانت التغذية تعتمد على الإطعام الأنفي المعدي أو الإطعام من خلال فغر المعدة، من المهم اعتبار ذلك حالة منفصلة عن

الجزر في حالة خلل حركة الأمعاء في الجهاز الهضمي العلوي. يعتبر كلُّ من الألم الباطني، الانتفاخ، والإمساك من السمات الشائعة لخلل حركة الأمعاء.

تشتمل الإستراتيجيات العلاجية على الشرح والتطمين، إعطاء الدومبيريدون، المسهلات، وأحياناً عند الحاجة إعطاء حقن شرجية. قد يكون من الضروري تقديم التغذية من خلال الحقن المتواصل. هذا وقد تكون هناك فائدة أيضاً من تناول الغذاء الذي لا يحتوي على الحليب لفترة تجريبية تتراوح من أسبوعين إلى أربعة أسابيع. قد يتم تقديم وجبة صناعية تحتوي على البروتين المهدرج / المهضوم كبديل للحليب.

التشخيص التفريقي لالتهاب المريء الارتجاعي (Differential diagnosis)
(Reflux oesophagitis)

تتضمن الأسباب غير المتعلقة بالارتجاع والتي تؤدي إلى التهاب المريء:

- التهاب المريء الناجم عن الأرجية من حليب البقر.
- التهاب المريء اليوزيني (Eosinophilic oesophagitis).
- التهاب المريء الناجم عن الفطريات.
- التهاب المريء الكيميائي الناجم من تناول مواد كاوية.
- تعذر الارتخاء.
- داء كرون (Crohn's disease).

المراجع والمصادر

References and resources

Fox M, Forgacs I. Gastro-oesophageal reflux disease. BMJ 2006;332:88—93

The reader is also referred to the comprehensive evidence-based guidelines produced by the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) and published on their website, www.naspghan.org

Rudolph CD, Mazur U, Liptak GS. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition .J Paediatr Gastroenterol Nutr 2001; 32(S2): 1—31

عدوى الملوية البوابية، القرحة الهضمية ورتج ميكل

Helicobacter Pylori Infection, Peptic Ulceration, and Meckel's Diverticulum

الملوية البوابية

(Helicobacter pylori)

- إن جرثوم الملوية البوابية عبارة عن كائن حي سلبي الغرام. تعتبر الملوية البوابية من أكثر الأمراض المعدية على نطاق واسع. عادةً ما تكتسب العدوى في مرحلة الطفولة مع تباين معدلات الانتشار حيث تبلغ الذروة في الدول النامية. هذا ولا يظهر على الأفراد المصابين بعدوى الملوية البوابية أي أعراض أو علامات.
- تتسبب العدوى المتكررة في حدوث التهاب غار المعدة، التجلي الأكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة، الذي قد يكون مصحوباً بالأعراض.
- توجد علاقة قوية بين عدوى الملوية البوابية والقرحة الهضمية في كل من الأطفال والبالغين.
- تعتبر عدوى الملوية البوابية من أحد الأمراض المسببة للسرطان (زيادة المخاطر) من حدوث ورم لمفي معدي، أو سرطان غدي).
- ليس هناك ارتباط مؤكد بين عدوى الملوية البوابية وألم البطن المتكرر الحدوث

إلا في بعض الحالات النادرة التي يتجلى فيها داء القرحة المعدية أو الاثنا عشري.

- يحدث الانتقال من خلال الفم أو الغائط والتجمع العائلي أكثر انتشاراً، مع زيادة معدل الانتشار في المؤسسات.

الفحص

- يجب مراعاة هذا الفحص في الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض توحى إلى وجود قرحة هضمية (حدوث ألم شرسوفي، الانتفاخ، قيء الدم (Hematemesis)، ألم ليلي أو قرحة هضمية مدلول عليها.
- يركز الفحص الدقيق على الحالة السريرية، الانتشار الموضعي والفحوصات المتاحة.
- لا يلزم إجراء الفحص في الأطفال المصابين بألم باطني متكرر (abdominal pain Recurrent) أو أي أعراض مزمنة أخرى في غياب السمات التي توحى إلى الإصابة بالقرحة الهضمية.

الفحوصات المتاحة

- اختبار تنفس اليوريا (اختبار تنفس سي - ١٣ ، يوريا مميزة بالكربون - ١٣): حساس بدرجة عالية ومحدد للأمراض المعدية الحادة. يجب التوقف عن تناول المضادات الحيوية، مثبطات مضخة البروتون، ومثبطات الهيستامين "H2" قبل إجراء الاختبار. يستخدم هذا الاختبار على نطاق واسع للتأكد من استئصال الملوية البوابية بعد المعالجة.
- الاختبار المستضدي للغائط: حساس بدرجة عالية ومحدد. يجب التوقف عن تناول المضادات الحيوية، مثبطات مضخة البروتون، ومثبطات الهيستامين "H2" قبل إجراء الاختبار.
- تحليل المضادات المناعية في الدم (مضاد الغلوتين المناعي G): أقل تحديداً مع

وجود معدل إيجابي عالٍ زائف؛ تستمر السيرولوجيا الإيجابية لمدة تتراوح من ٦ - ١٢ شهراً بعد العدوى. يعمل الاختبار السلبي على استثناء عدوى الملوية البوابية.

- يقوم التنظير الداخلي (Endoscopy) باكتشاف داء القرحة الهضمية، التهاب المعدة، التهاب المريء مع تجلٍ مباشر للغشاء المخاطي وعينه. يتجلى فرط التنسج العقدي للمفاوي في غار المعدة بشكلٍ عام. من الممكن إرسال العينات للمزرعة (يندر زراعتها) و PCR واختبار اليورياز السريع مثل فحص (CLO) من خلال العينات في نفس الوقت الذي يتم فيه عمل التنظير الداخلي.

التدبير العلاجي

- تتم الإشارة إلى معالجة عدوى الملوية البوابية عند تجلي القرحة الهضمية علماً بأن هناك اختلافاً في الرأي في معالجة التهاب غار المعدة (Antral gastritis) إذا ما كانت الملوية البوابية إيجابية.
- يركز التدبير العلاجي للأطفال الذين تم تشخيصهم بطريق غير احتياجية على العوامل والحالة السريرية مثل معدل انتشار عدوى الملوية البوابية بين السكان المحليين كما يجب مراعاة التاريخ الطبي العائلي عند اتخاذ القرار.
- يوجد عدد من الأنظمة الغذائية المتباينة. تعتبر المقاومة للدواء أمراً شائع الحدوث. يستغرق التدبير العلاجي أسبوعاً أو أسبوعين؛ تقدم المعالجة التي تستمر لمدة أسبوعين إمكانية زيادة معدلات الاستئصال بالرغم من أن الآثار العكسية ومعدل الامتثال للدواء من أكثر المشاكل الرئيسية. تشتمل الأنظمة الغذائية المستخدمة على نطاق واسع على الأميرازول، الأموكسيسيلين والميترونيدازول أو كلرتروميسين. ليست هناك ضرورة للاستمرار في تناول العلاج المثبط لمضخة البروتون على المدى الطويل ما لم تكن هناك قرحة واضحة مصحوبة بمضاعفات تحدث بواسطة الانتقاب أو النزيف. تتم الإشارة

- إلى القارئ بالاطلاع على النسخة الحالية من كتيب الوصفات الوطني البريطاني للأطفال للحصول على الدلائل الإرشادية الحديثة للمعالجة.
- تتفاوت محصلة التدبير العلاجي. عادةً ما يرجع الفشل في التدبير العلاجي إلى المقاومة المضادة للجراثيم، تكرار الإصابة بالعدوى داخل العائلات أو المؤسسات أو الامتثال الرديء للدواء.

المسببات الأخرى لالتهاب غار المعدة والقرحة الهضمية (المعدة والاثناعشري)

(Other causes of antral gastritis and peptic(gastric and duodenal) ulceration)

- الأمراض التي تصيب الجسم بشكل عام، صدمة إصابات الدماغ مثل (قرحة كوشينغ)، الحروق البالغة (قرحة كيرلينغ).
- الأدوية المضادة للالتهاب والستيرويد.
- الكورتيكوستيرويدات (Corticosteroids).
- داء الأمعاء الالتهابي.
- التهاب المعدة اليوزيني.
- التهاب المعدة بالمناعة الذاتية (للبالغين).
- متلازمة زولينجر- إيليسون (فرط إفراز حمض المعدة بسبب ورم الغاسترين).
- مرض السلياك .

عوامل الاختطار بالنسبة للقرحة الهضمية (Risk factors)

- النمط الجيني.
- الإجهاد.
- تناول الكحوليات.
- الكورتيكوستيرويدات (Corticosteroids).

• التدخين.

متلازمة زولينجر- إيليسون

تحدث هذه المتلازمة نتيجة لورم البنكرياس الصماوي المفرز للغاسترين الذي يتجلى مع فرط إفراز الحامض المعدى ويتسبب في حدوث داء القرحة الهضمية الشديد والمقاوم للشفاء أو العلاج.

رتج ميكل

(Meckel's diverticulum)

- آثار القناة المحية المعوية.
- يتجلى في ٢٪ من الأشخاص.
- ٥٠٪ يحتوي على الحمل المنتبذ، البنكرياسي ، أو النسيج القولوني.
- يتجلى في المعى اللفائفي القاصي على الحد ضد المساريقي ضمن ١٠٠ سم من الصمام اللفائفي الأعوري وما يقرب من ٥ - ٦ سم طول.
- يتجلى في صورة دم متقطع وغير مؤلم بالمستقيم: من الممكن أن يكون النزيف أقل حدة وقد يتطلب نقل دم. تشمل الأعراض الأخرى الانغلاف (Intussusceptions) (منتشر في الأطفال الذكور الأكبر سناً)، الانتقاب، والتهاب الصفاق (Peritonitis).
- يتم استخدام فحص التكنيشيوم للبحث عن مخاطية غشاء المعدة المنتبذ بالرغم من أنه قد يكون سلبياً حتى في ظهور النزيف.
- تتم المعالجة من خلال استئصال الرتج.

المراجع والمصادر

References and resources

Gold BD, Coltetti RB Abbott M. Helicobacter infection in children: recommendations for diagnosis and treatment .J Paediatr Gastroenterol Nutr 2000;31:490—537. Available from www.naspghan.org

متلازمة القيء الدوري

Cyclical Vomiting Syndrome

يعتبر صامويل جي هو أول من قام بوصف القيء الدوري (Cyclical vomiting syndrome) وذلك في عام ١٨٨٢. تشير متلازمة القيء الدوري إلى الأدوار الشديدة للقيء المصحوب بفترات خالية الأعراض. ولم يعرف حتى الآن مدى الوقوع أو الحدوث. تحدث متلازمة القيء الدوري بصفة رئيسية في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من سنتين إلى ست سنوات. يعتبر الصرع هو عامل الاختطار الرئيسي. تتضمن عوامل الاختطار الأخرى التاريخ الطبي لحدوث الصداع الدوري، الصداع النصفي (Migraine) (بنسبة ٥٠٪)، حدوث الدوار أثناء السفر، ومتلازمة القولون المتتهيج (Irritable bowel syndrome) (بنسبة ٥٠٪) في الأطفال وذويهم.

السمات السريرية

(Clinical features)

يعاني ٥٠% من الأطفال المصابين من نوبات متكررة مع نمط متماسك من النوبة. عادةً ما تحدث الأعراض أثناء الليل أو في الصباح المبكر. تستغرق النوبات من عدة ساعات إلى أيام، بالرغم من أنها نادراً ما تحدث أكثر من ٧٢ ساعة. من الممكن أن تتوقف النوبات على نحو مفاجئ، عقب النوم، أو تتفاقم إلى جفاف شديد.

يوجد ثلاثة أنواع من السلوك التقليدي:

- مكبوت ومتجاوب.
- التألم والتأوه.
- الغيبوبة المصحوبة بالوعي.

يتسم الغثيان بالشحوب، زيادة اللعب المفرز، والإرهاق. يحدث الاضطراب الشرسوفي نتيجة للقيء. قد يحدث قيء الدم (Hematemesis) أو متلازمة مالوري-وايس في حالة القيء الشديد. تشمل السمات المستقلة فرط ضغط الدم (Hypertension)، تسرع ضربات القلب، اللاحمرار. قلة الخلايا الدفاعية و SIADH يمكن أن تحصل. تشتمل السلوكيات على البصاق "عدم بلع اللعاب"، الإفراط في الشراب الذي يعقبه القيء، شدة العطش، حدة الطبع، عدم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الشعور بالخوف. يعتبر الصداع (الذي يحدث بنسبة ٢٥%)، الألم الباطني، الحمى، وانسيابية الغائط من السمات الأكثر انتشاراً.

المعايير التشخيصية

(Diagnostic criteria)

- نوبات القيء غير المترابطة الشديدة والدورية.
- تباين الفترات الفاصلة للصحة الطبيعية في المنتصف.
- تتراوح مدة القيء من ساعات إلى أيام.
- المسببات الأخرى للقيء التي تم استثنائها.
- تتضمن المعايير الداعمة التقييد الذاتي، النوبات النمطية الفراغية.

عوامل الإثارة

(Triggers)

يعتبر القلق هو العامل الرئيسي. قد يتسبب كلُّ من التوتر الانفعالي، أحداث الحياة، الشعور بالدوار أثناء السفر، الأمراض المعدية والإرهاق في إثارة الدوائر. دائماً ما يكون العامل المثير الدقيق غير معروف.

تشير متلازمة القيء الدوري بلس (+) إلى مجموعة فرعية من الأطفال المصابين بمتلازمة القيء الدوري والذين يعانون من فرط كيتون الجسم (Ketosis) المبكر بالإضافة إلى بعض مشاكل النمو العصبية الإضافية مثل تأخر النمو العصبي، التشنجات، نقص قوة العضلات، أو اضطراب فرط النشاط الذي يؤدي إلى نقص الانتباه. قد تحدث هذه المتلازمة مع اضطرابات الميتوكوندريا.

الفحص

(Investigation)

من الهام تناول التاريخ الطبي الكلي للمريض وإجراء الفحوصات الدقيقة. دائماً ما يكون الفحص السريري طبيعياً (ماعدا الجفاف). يجب استقصاء المشاكل المتزامنة

لنمو العصبي. كما يجب أن يركز أحد الفحوصات الإضافية على الحالة السريرية مع البحث عن الأسباب الكامنة للقيء خاصة إذا ما كنت التجلية غير قياسية، بالإضافة إلى الفحص العصبي والاستقلابي في حالة وجود أي من عوامل الاخطار (Risk factors). تتضمن مسببات القيء المتقطع المصحوب بفواصل خالية العوارض الاضطرابات الاستقلابية (مثل اضطرابات دورة اليوريا)، اضطرابات حركة الأمعاء، التشنجات الخلقية للجهاز الهضمي (مثل سوء الاستدارة، والتكيس المصحوب بالأعراض)، الاضطرابات الكلوية، مشاكل الغدة الصماء (مثل قصور الكُظر)، التهاب البنكرياس (Pancreatitis)، السكري، وآفات الجهاز العصبي المركزي. من الهام أيضاً مراعاة عدم المقدرة على تحمل الطعام، الارتجاع المعدي المريئي، القرحة الهضمية، الإمساك (Constipation)، سلياك، وجميع هذه الأعراض التي قد تتجلى مع القيء الشديد.

التدبير العلاجي

(Management)

- ليست هناك توصيات مرتكزة على دليل.
- يحصل المرضى الذين في حالة مزمنة على الفائدة من أخصائي طب الأطفال المعروف وخطة علاجية فردية.
- توجد ثلاث مراحل للتدبير العلاجي:
 - البوادر.
 - النوائب.
 - الشفاء.

البيادر

- عبارة عن الفترة الواقعة بين ظهور الأعراض وحدوث القيء.
- قم باستخدام الأوندانسيبترون لمعالجة الدوار.
- قم باستخدام اللورازيبام لمعالجة القلق.
- قم باستخدام المسكنات البسيطة لمعالجة آلام البطن.

النواب

- تتسم هذه النوبة بالدوار الشديد والقيء. تتضمن المشاكل الكامنة الجفاف (بما في ذلك صدمة نقص حجم الدم في الحالات المتفاقمة)، اضطراب الأملاح، قيء الدم (Hematemesis).
- يجب بدء التدبير العلاجي على الفور خاصة إذا ما كان هناك خطر من حدوث الجفاف.
- التمهيد الوريدي باستخدام الدواء الملحي ثم المداومة بالسوائل.
- الأوندانسيبترون الوريدي (دواء مضاد للقيء).
- مراعاة استخدام اللورازيبام الوريدي (دواء مضاد للقلق) والكلوربرومازين.
- مراعاة المسببات الكامنة الأخرى للقيء.

الشفاء

- الميل إلى الاستشفاء مبكراً بالرغم من أنه قد يمتد.
- مراعاة الوقاية (Prophylaxis) من المرض وخطة التدبير العلاجي للنواب في المستقبل.

الوقاية من المرض

(Prophylaxis)

- تقليل المسببات التي تمتد بسرعة مثل القلق، التوتر، عدم المقدرة على تحمل الطعام.
- استخدام العوامل الاتقائية المضادة للصداع النصفى بما في ذلك البيزوتيفين، الأميترابتيلين والبروبرانولول.
- تعتبر النتيجة بشكلٍ عام جيدة على المدى الطويل.

المراجع والمصادر

References and resources

Useful treatment guidelines: www.cvs.org.uk/treatmentframe.html