

الجزء الرابع

المزيد عن الأدوية

obbeikandi.com

الفصل الثالث والعشرون

ما الذي يستطيع

أن يقدمه لك الطبيب..؟

إذا كنت تحت عمر 45 سنة وكنت تعاني من أعراض خفيفة من الاضطراب المعوي أو المعدي فإن معظم اختصاصيي أمراض جهاز الهضم سوف ينصحون بإجراء تعديلات غير دوائية. يأتي على رأس القائمة الحمية والتمارين وتجنب التدخين والكحول.

تشير بعض الأعراض إلى وجوب رؤية الطبيب. أحد هذه الأعراض هو ألم في المعدة يزول بعد تناول الطعام، وهو يدل عادة على وجود داء قرحة هضمية.

أما عسر الهضم الذي يحصل في أثناء تناول الأدوية المضادة للتهاب المفاصل (انظر القائمة الجانبية) فهو يعني مشكلات معوية خطيرة. يحصل ذلك كثيراً، لذلك فإنك بحاجة إلى مراجعة الطبيب؛ كي يبحث في الأسباب الممكنة لعسر الهضم هذا. كذلك فإن الأعراض المنذرة بالخطر مثل فقدان الوزن وعسر البلع وفقر الدم تستدعي جميعاً عناية خاصة. كما أن كل شخص قد تجاوز 45 سنة ويعاني من عسر هضم جديد فعليه أن يراجع الطبيب.

السبب في مراجعة الطبيب عند معاناة مثل هذه الأعراض ليس أنها لا تتحسن دون علاج الطبيب؛ حيث إنها قد تتراجع عفوية في بعض الأحيان. السبب الأساس لرؤية الطبيب هو أن هذه الأمراض كثيراً ما تؤدي إلى اختلاطات النزف أو الانتقاب الحشوي أو حتى السرطان. إذا كان ذلك يحصل فمصلحتك تقتضي اكتشاف المشكلة في أبكر وقت ممكن. إن سرطانات المعدة والمريء من أسوأ أنواع السرطان إنذاراً؛ لأنها تكتشف عادة في وقت متأخر.

إذا كنت تعاني من أي من الأعراض التي تعرف «بالإشارات المنذرة»، فإن بوسع طبيبك أن يجري الاختبارات الضرورية ويعطي الأدوية والمعالجات التي تحتاج إليها. بالطبع فإن تحقيق الشفاء دون الحاجة إلى الدواء أو الجراحة مبتغى مثالي، لكنه

ليس ممكناً في جميع الحالات. غير أن طبيبك قد يستطيع أن ينصحك باتباع وسائل تتعاون بها الأدوية الجيدة مع تعديلات نمط الحياة لإعطاء أفضل نتيجة ممكنة.

هل تعاني من «أعراض منذرة»؟

إن نسبة حدوث سرطان المعدة في اليابان أعلى من نسبة حدوثها في الولايات المتحدة الأمريكية. لذلك وضع اختصاصيو الأمراض الهضمية اليابانيون قائمة من «الأعراض المنذرة» لمساعدة الناس على تحديد الأعراض التي تنبئ بسوء. مع أن المعاناة من هذه الأعراض لا يعني أنك مصاب بسرطان المعدة، لكنها تدل على أنه يجب عليك حتماً مراجعة الطبيب - ويفضل أن يكون طبيباً اختصاصياً في أمراض جهاز الهضم - كي يجري لك فحصاً دقيقاً خاصة إذا كنت تعاني من فقدان في الوزن أو فقر في الدم أو يرقان.

الأعراض أو العلامات	راجع الطبيب إذا
نقص الشهية أو نقص الوزن	فقدت أكثر من 7 لبيرات (3,5 كيلو غرام) أو أكثر دون عمد، أو إذا كنت لا تتناول الطعام ما لم يحتك الآخرون على تناوله
فقر الدم	كنت تشعر بالضعف ولا تعرف السبب
صعوبة البلع	كان بلع الأطعمة مؤلماً أو كانت اللقمة تعلق في الصدر
اليرقان	تحولت عيناك أو جلدك إلى اللون الأصفر
قصة حدوث قرحة أو سرطان؛ قصة عائلية قوية لوجود السرطان	أصبحت بعسر هضم جديد «آلام معدية» أو بأعراض أخرى من الاضطراب الهضمي
استعمال حالي للأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية (إيبوبروفين، أسبرين... إلخ.)	حصل معك عسر هضم.
نزف معدي معوي	تقيأت «طحل القهوة» أو الدم، أو إذا كان البراز أسود أو أحمر في أثناء التغوط
زيادة الألم بعد تناول الأطعمة الغنية بالدهن أو بعد شرب الكحول	استمر الألم مدة ساعة على يومين متتاليين أو أكثر من يوم واحد كل أسبوع

لا تفترض أن تفاقم الانزعاج الهضمي أو تزايد تكراره ناتج عن الاضطراب القديم الذي طالما عانيت منه. إن بعض أنواع القرحة خبيث وليس سليماً. كذلك فإن بعض

أنواع عسر البلع ينتج عن مرض خبيث. ويتسبب العديد من آلام البطن عن أمراض في أعضاء أخرى غير المعدة. إذا لم تراجع طبيبياً اختصاصياً، فإن تبديل نمط الحمية مع الأمل في الحصول على نتائج طبية قد يضر بك بدلاً من أن يفيدك.

الأعراض أو العلامات	راجع الطبيب إذا
آلم موضع عند الضغط	كان بطنك مؤلماً عندما تلمسه
فشل عدة معالجات	فشلت معالجتك لنفسك بتبديل نمط الحياة وتناول مضادات الحموضة أو حاصرات الحمض في المعدة مدة أسبوعين

قد يتفاوت وزن الشخص. فإلنساء قد يفقدن أكثر من 7 لبيرات (3,5 كيلو غرام) في الشهر. لكن إذا فقدت مثل هذا المقدار من الوزن فلا بد أن يكون لديك تفسير واضح وبدهي (مثل كونك على حمية قاسية). وإلا فإنه يجب عليك أن تراجع الطبيب.

يعني فقر الدم انخفاض تركيز الكريات الحمر في الدم. يمكن أن يحصل ذلك بسبب عوز الفيتامينات، لكن السبب المعتاد والمثير للقلق هو فقدان كمية كبيرة من الدم بشكل مزمن. عليك مراجعة الطبيب إذا كنت تعاني من فقر الدم؛ لأن فقدان الدم هذا قد يكون من الجهاز الهضمي.

اليرقان هو تلون الجلد باللون الأصفر ويحصل بسبب مرض في الكبد. يتعلق ذلك بالجهاز الهضمي؛ لأن مجموعة معينة من الأوردة، التي تسمى بالأوردة البابية، تجمع كل ما يمر من بطانة كامل الجهاز الهضمي وتنقله إلى الكبد. كذلك فإن نظام الأوردة البابية الكبدية يمرر إلى الكبد أيضاً كل الخلايا التي تتحرر طليقة من المريء والمعدة والأمعاء الدقيقة حيث يلتقطها الكبد الذي يعمل كالمصفاة. لذلك فإن الكبد هو أول عضو يغزوه السرطان الذي ينشأ في أعضاء أخرى في الجهاز الهضمي المعوي. قد تحتاج إلى أكثر من تبديل الحمية - حيث إنك قد تحتاج إلى الجراحة أو إلى المعالجة الدوائية. لقد حصلت ثورة في العناية الطبية بأمراض المعدة الخطيرة، لذلك يجب ألا تحرم نفسك من فرصة الاستفادة من المعالجات المتوافرة اليوم.

سوف أقدم في هذا الفصل بعض التوجيهات والنقاط العملية التي تفيدك في العمل مع طبيبك للحصول على أقصى الفوائد من مداخلات الشفاء المتكامل والحمية وتبديل نمط الحياة التي وصفتها سابقاً في هذا الكتاب. هاكم ما ستجدونه في هذا القسم:

• ما الذي عليك القيام به قبل مراجعة اختصاصي أمراض جهاز الهضم؟

• ما الذي تتوقع حصوله في أثناء الفحص؟

• ما الذي يبحث عنه الطبيب؟

سوف أبحث في الفصل 24:

• الأدوية والمعالجات المحتملة.

• الأعراض الجانبية المحتمل حصولها عند تناول الأدوية المختلفة، وما الذي عليك القيام به تجاهها.

دعونا نبدأ بزيارتكم للطبيب.

ما الذي عليك القيام به قبل مراجعة اختصاصي أمراض جهاز الهضم؟

ينصح معظم الأطباء بالاحتفاظ بمفكرة تسجل فيها الأعراض، حيث إن ذلك يساعد في التشخيص. اكتب على مدى أسبوعين ما هي الأعراض التي تصيبك وأين تشعر بها وكم تستمر وما الذي يريحها وما الذي يزيداها. سجل أي أدوية تتناولها - بما في ذلك الأدوية التي لا تحتاج لوصفة طبية مثل الأسبرين أو مضادات الهستامين - وكذلك الأطعمة والمشروبات التي تتناولها في حميتك اليومية.

لاحق في نهاية اليوم الأعراض التي عانيت منها: ما الذي شعرت به، ومتى، وكم من الزمن، وكم كانت شدة الأعراض. يفهم الأطباء أكثر ما يفهمونه ثلاثة مصطلحات تتعلق بشدة الأعراض: استعمل مصطلح «خفيفة» إذا كانت الأعراض تزعجك لكنها لا تعيقك بحيث تضطر إلى التمهل في عملك أو تناول الأدوية مباشرة. واستعمل مصطلح «متوسطة» إذا كانت الأعراض تجعلك تتمهل أو تمنعك من القيام بأي نشاط

ما أو تحتاج إلى العلاج الفوري، بأدوية مثل مضادات الحموضة مثلاً. (هل ضايقت الألم وعطلك عن عملك؟) واستعمل مصطلح «شديدة» إذا منعتك الأعراض من القيام بالعمل (هل جعلتك الأعراض تضطر لأن تخلد للراحة؟).

كذلك سجل في مفكرتك كيف عالجت الأعراض. كم حبة تناولت من دواء معين، وفي أي وقت؟ هل انحنيت للأمام وأمسكت بمعدتك بعضاً من الوقت؟ هل قمزت في مكانك؛ لترغم نفسك على التجشؤ؟ هل شربت بعض الحليب أو بعض المشروبات الباردة الأخرى فقط لتريح من الألم؟ هل ساعدك المشروب أو هل أراحك من الألم بالكلية؟ كم استغرق الشراب حتى أعطاك الراحة المطلوبة؟

اكتب أيضاً ما الذي تناولته قبل بدء المشكلة. لا تكتب مقالة عن جميع الأطعمة والمشروبات التي تناولها كل يوم؛ بل اكتب فقط ما الذي أكلته أو شربته خلال ساعتين من بدء المشكلة. أو إذا لم تأكل أي شيء، فسجل المدة التي امتنعت فيها عن تناول الطعام. لا تنس أن تسجل جميع المشروبات التي شربتها في تلك المدة الحرجة.

طالما أننا في صدد «الأشياء التي تناولتها»، سجل أي شدة نفسية تعرضت لها في المدة نفسها. هل هناك أي كلمات غاضبة من الزوجة؟ هل هناك طلبات جديدة أرادها رب العمل؟ هل لاحظت أنك تتأخر في عملك؟ هل هناك أي مشكلة مع أحد أولادك؟ هل هناك قشة أخرى قصمت ظهر البعير - أي شيء صغر أو كبر جعلك تستاء؟

نحن لا نلوم أحداً هنا. ليس الفكرة أن تلوم شخصاً آخر على حصول المشكلة الهضمية أو أن تشعر بالذنب أو الندم على ارتكاسك الذي قمت به. الهدف ببساطة هو فهم ما الذي سبب لك الشدة النفسية.

من الضروري تحديد كمية الشدة النفسية لذلك قدر يوماً المدة الزمنية التي أمضيتها وأنت تشعر بالضيق أو بالقلق أو تقوم فيها بأشياء لا طائل منها - أي شيء غير منتج - فقط لتتخلص من الشدة النفسية. طبق معايير التقدير نفسها هنا أيضاً: هل كان ارتكاسك خفيفاً أم متوسطاً أم شديداً؟

ما الذي تتوقع حصوله في أثناء الفحص؟

عندما تخبر الطبيب بأعراضك المعوية فإنه سيبدأ على الفور بتقرير ما هي الأشياء التي لا تعاني منها وما هي الأشياء التي تعاني منها. عند القيام بذلك (يسمى هذا بالتشخيص التفريقي) فإن الطبيب سوف يبدأ بفحص العديد من الاحتمالات. هل تعاني من حرقة معدية؟ قرحة؟ التهاب معدي؟ هل توحى أعراضك بإصابتك بالقلس المريئي؟

هذه مجرد بعض الاحتمالات التي تتراوح في خطورتها من الخفيفة إلى الشديدة. يجب أن يعرف الطبيب أولاً العرض الأساس. هل هو الألم؟ إذا كان الأمر كذلك، ففي أي وقت من اليوم يحصل الألم؟ وما علاقة الألم بتناول الطعام؟

هل المشكلة الأساسية عرض مثل فقدان الوزن أو فقر الدم (الشعور بنقص الحيوية الناتج عن نقص في عدد الكريات الحمراء)؟ هل تعاني من مشكلة في البلع؟ هل يزداد الألم بعد تناول الطعام؟ هل هناك ألم عند لمس المعدة؟ هل هناك دم في برازك؟ إذا قرر اختصاصي أمراض جهاز الهضم أن يجري لك فحصاً داخلياً، فإن ذلك يعني أنه يريد أن «ينظرك». أي أن يمرر منظراً لينا إلى داخل معدتك؛ ليرى مباشرة ما الذي يحصل داخلها وليضع التشخيص.

تسمى عملية التنظير في الواقع التنظير المريئي المعدي العفجي. وفي أثناء هذه العملية ينظر الطبيب إلى بطانة المريء والمعدة والعفج (الانحناء القصير الأول من الأمعاء الدقيقة بعد المعدة).

تطلب تطوير هذه التقنية اختراع الألياف البصرية في الخمسينيات من القرن الماضي. والمنظار عبارة عن أنبوب لين قطره بقطر الإصبع تقريباً. يوجد في نهايته ثلاث أدوات تتجه نحو المعدة: ملقط لأخذ العينات، وضوء، وعدسة جسمية. بينما يوجد في الطرف الذي يمسك به الطبيب آليات للتحكم في الملقط والضوء إضافة إلى وصلة لتبديل الوسائل البصرية - قطعة عينية للرؤية المباشرة، ووصلة إلى جهاز

التلفاز، ووصلة إلى آلة تصوير للصور الفورية أو صور ترميز على فيلم 35 ملم. ويوجد بين النهايتين حزمة من الألياف البصرية.

ليس من الصعب تحمل التنظير بسبب الإجراءات التحضيرية التي يقوم بها الطبيب. يعطى المريض جرعة قوية لكنها قصيرة الأمد من مهدئ على شكل حقنة عادة، إضافة إلى رش مخدر في الحلق. يترك المهدئ المريض واعياً فقط إلى الحد الذي يكفي للجلوس والتعاون مع الطبيب. كما أن العملية لا تستغرق سوى وقت قصير، حيث لا تستغرق أكثر من دقائق قليلة.

ما الذي يبحث عنه الطبيب؟

إذا كان الألم هو المشكلة الأساسية وكنت تلاحظ أن الألم يختفي كلما تناولت الطعام، فإن هذا يعني عادة وجود قرحة هضمية. هناك طرق عديدة ناجعة لعلاج القرحة الهضمية، ويجب علاج القرحة بأسرع ما يمكن. يمكن تشبيه القرحة بجرح حديث مفتوح في المعدة. إذا تركت دون علاج فإن الجرح يمكن أن يخترق كامل جدار المعدة مسبباً التهاباً شديداً أو يمكن أن يخترق وعاء دموي مسبباً النزف الهضمي.

قد لا تعطي القرحة الهضمية الموجودة في المعدة نفسها أعراض القرحة النموذجية. ويمكن لها في بعض الأحيان أن تنتج عن أشياء بسيطة مثل تناول الأدوية المريحة للألم.

يمكن أن تحدث القرحة الهضمية أيضاً في العفج، وهو القسم الأعلى من الأمعاء الدقيقة، الذي يتلقى مباشرة دفق (المحتويات) الحامض من المعدة. إذا كانت القرحة في العفج، فإن الألم يكون حاداً وملحوظاً. بعبارة أخرى، فإنك تشعر في الواقع بقرحة العفج، في حين أنك إن كنت مصاباً بقرحة في المعدة نفسها فإن الألم قد لا يكون ملحوظاً.

قد لا يظهر «التنظير» قرحة بوصفها سبباً لآلام المعدة المزمنة، بل قد يظهر بدلاً من ذلك نمطاً من السحجات السطحية. وهذا ما يسمى بالتهاب المعدة المزمن الفاعل، وهو يحتاج أيضاً إلى العلاج.

إذا كان الألم يحدث في أي وقت من اليوم، لكن خاصة بعد تناول الطعام، فإن ذلك يعني وجود عسر هضم غير قرحي، مما يعني أنك تعاني من أعراض حرقة معدية. ما هو سبب هذه الحالة؟ فقط رجوع الحمض من المعدة إلى المريء. يمكن أن يحرق ذلك القسم السفلي من المريء مما يسبب عسراً في البلع وقد يؤدي إلى حصول السرطان. لذلك فعلى الرغم من أن الحرقة المعدية شائعة جداً فإنه يجب عدم إهمال هذا العرض.

تحصل الحرقة المعدية عندما تفشل المعصرة المريئية السفلية في عملها. هذه المعصرة عبارة عن حلقة من العضلات يفترض منها أن تبقى الحمض في المعدة. يضعف التدخين والشدة النفسية والحرق مثلما يحصل عند الانحناء للأمام وبعض الأدوية والأطعمة هذه الحلقة.

إن الحرقة المعدية - كما يعرف الكثيرون منا - هي ألم مزعج في مركز الصدر يحصل بعد تناول الطعام، خاصة بعد الانحناء للأمام أو الحرق أو التجشؤ. قد يترافق ذلك مع طعم حامض في مؤخرة الفم. قد تشعر بهذا الطعم الحامض (أحياناً كطعم الطعام أو كإحساس مائي) بعد تناول الطعام حتى ولو لم تشعر بالألم حرقة المعدة. يحدث التجشؤ جميع هذه الأعراض مثلما يتقيأ الرضيع عندما يتجشأ الهواء.

يعاني خمسة عشر أمريكياً من الحرقة المعدية كل يوم. الخبر الجيد هو أن خزعة المريء طبيعية لدى ربع أولئك الذين يعانون من أعراض شديدة بما يكفي للدلالة على التهاب مريء قلبي في حين تظهر علامات الالتهاب الحاد في خزعات أقل من 20 في المئة من هؤلاء الأشخاص. إن هذا يعني أن الحرقة المعدية قد لا تسبب أي مشكلات أخرى على الإطلاق. لكنها تسبب المشكلات في بعض الأحيان، وهذا ما يريد طبيبك التحري عنه.

تحصل الحرقة المعدية بسبب القلس الراجع لمحتويات المعدة إلى المريء. هذا يعني قذف أقوى حمض في الجسم على عضو غير مصمم لتحمل الحمض. هذا مؤلم بالطبع؛ لأن القسم السفلي من المريء يصاب بحرق كيميائي خفيف. يمكن لهذا

التخريش لبطانة المريء المسماة بالمخاطية أن يسبب التهابها في كثير من الأحيان مما يسبب حالة يطلق عليها الأطباء اسم التهاب المريء القلسي.

عندما يصبح هذا الالتهاب مزمناً، فإن ذلك قد يسبب موت خلايا المخاطية. تستبدل خلايا المخاطية المسطحة بخلايا تشبه العصيات مضغوطة على بعضها. (باللغة الطبية، تستبدل الظهارة الصدفية المكونة من خلايا مسطحة بظهارة أسطوانية مكونة من خلايا تشبه العصيات).

يهتم الأطباء بذلك؛ لأن هذه الحالة التي تسمى مري باريت، تشكل عاملاً مؤهباً لحصول سرطان المريء. يحصل مري باريت في 10 إلى 15 في المئة من حالات الحرقة المعديّة المزمنة. إن من يعاني من هذه التبدلات السابقة لسرطان معرض لخطر الإصابة بالسرطان أكثر أربعين مرة من عامة الناس.

يمكن للحرق أن يمتد لطبقات أعمق مسبباً التهاباً في الطبقات العميقة من المريء. يمكن لهذا الالتهاب أو للتندب الذي يتعبه أن يكونا شديدين لدرجة التسبب في حصول التضيق. عندما يحصل التضيق فإنك سوف تعاني من صعوبة في البلع (عسر البلع). العلامات الأخرى التي تدل على أن الحرقة المعديّة بدأت تصبح أسوأ هي الألم عند تناول الأطعمة الحارة والباردة، أو الألم عند بلع الأطعمة الحامضة قليلاً.

لا يوجد خط طبي فاصل بين الحرقة المعديّة المتكررة أو المزمنة وبين ما يسمى بداء القلس المعدي المريئي. إن التنظير، وخاصة مع مدة اختبارية قصيرة من المعالجة يحدد للطبيب مدى الحد الذي يجب عليه أن يتابعه في علاج الحالة.

كثيراً ما ينشأ داء القلس المعدي المريئي عن وجود فتق حجابي. والفتق الحجابي عبارة عن انتباج جزء من المعدة للأعلى ينفثق عبر الفتحة الطبيعية الموجودة في الحجاب الحاجز. قد تدعو الحاجة نادراً إلى عمل جراحي لإصلاح هذا الفتق، لكن المعالجة العادية لداء القلس المعدي المريئي المترافق مع الفتق الحجابي هي المعالجة نفسها في حالة عدم وجود الفتق الحجابي - أي تغيير نمط الحياة والمعالجة الدوائية. يجب تجريب هذه الطريقة المركبة في العلاج مدة تمتد حتى الأسبوعين.

العلامات الأخرى التي تدل على مشكلات طبية

قد يجد الطبيب عند فحص المريض ألماً بطنياً يحصل عند الضغط على البطن؛ أي ألماً يتحرض عند ضغط الأصابع في البطن. إذا كان هذا الألم المتولد عند الجس، والمسمى بالمضض، يقتصر على منطقة صغيرة من البطن (مضض موضع)، فإنه يكون علامة على وجود مرض في عضو محدد.

إذا لم يكن المضض محمداً، أو إذا كان هناك ألم معمم في البطن دون وجود مضض بالجس، فقد يشك الطبيب في وجود تناذر تهيج الأمعاء أو وجود تحسس بدرجة قليلة للطعام. هاتان الحالتان خارجتان عن موضوع هذا الكتاب، لكنهما شائعتان ومزمنتان. كما أنه يسهل علاجهما مع أنه يتطلب اختصاصياً في البيئة السريرية واختصاصياً في العلاج الطبيعي أو آخرين من المختصين في المعالجات المكتملة.

لا بد أن يسألك الطبيب عن أعراض أخرى أيضاً. هل تقيأت أبداً الدم؟ هل لاحظت وجود أي دم في برازك عند خروجه؟

يمكن أن يكون النزف الهضمي واضحاً جداً عندما يحصل تقيؤ دموي أو عند وجود دم واضح في البراز. لكن الأغلب أن يبدو القيء المترافق مع النزف المعدي على شكل طحل القهوة، بسبب تأثير حموضة المعدة على الدم.

كذلك فإن البراز يبدو على الأغلب أسود اللون وليس أحمر عندما يكون مصدره نزف في القسم العلوي من الجهاز الهضمي للسبب نفسه. يسمى هذا البراز الأسود بالنتغوط الأسود.

والأكثر شيوعاً من هذا ألا ترى أثراً للبراز الأسود، حيث يكتشف وجود الدم فقط عندما يرسل البراز إلى المخبر لإجراء ما يسمى «فحص الدم في البراز كيميائياً». لكن هذا الاختبار لا يكتشف جميع حالات النزف الهضمي، حيث إنه قد لا يكتشف وجود الدم في قسم كبير من الحالات، لذلك يجب إعادة هذا الاختبار عدة مرات.

إن تزايد الألم بعد تناول الأطعمة الغنية بالدسم أو شرب الكحول، خاصة بكميات كبيرة، يدعو الطبيب إلى الشك في وجود مشكلات في أعضاء أخرى في البطن، خاصة في الحويصل المراري والمعثكلة (البنكرياس).

الفصل الرابع والعشرون

الأدوية والمعالجات

التي يمكن أن تفيد معدتك

يملك اختصاصيو الأمراض الهضمية طيفاً واسعاً من الأدوية الموصفة التي يمكن أن تفيدك، وهذا سبب وجيه آخر يدعوك لمراجعة الطبيب عند حصول أي أعراض معدية شديدة أو منذرة.

يقدم العديد من الأدوية الموصوفة معدلاً عالياً من «الشفاء» في حالات القرحة الهضمية وفي السيطرة على داء القلس المعدي المريئي والتهاب المعدة الفاعل، وخاصة الأدوية التي طوّرت منذ السبعينيات من القرن الماضي. يبطئ العديد من هذه الأدوية تدفق الحمض المعدي بدلاً من مهاجمة السبب الجذري للقرحة. ومع ذلك، فإنها يمكن أن تكون فاعلة.

الخيار الأول في هذه الأيام بين هذه الأدوية هو مجموعة تسمى مثبطات مضخة البروتون. الأوميبرازول (بريلوزيك[®])، وهو أول هذه الأدوية صدوراً، أكثر الأدوية الموصوفة مبيعاً في العالم. ولهذا سبب وجيه! حيث إنه يمكن أن يشفي أي قرحة تقريباً. يغلق هذا الدواء إفراز الحمض من المعدة كلياً.

ظهرت، منذ ظهور هذا الدواء، أدوية أخرى فاعلة. من بين الأدوية المنافسة التي لها الفاعلية نفسها هناك اللاسوبراسول (البريفاسيد[®])، والرابيرازول (الأسيفيكس[®])، والبانتيبرازول (البروتونيكس[®])، والإيزوميبرازول (النيكسيوم[®]).

فتحت حاصرات مستقبلات الهستامين من النمط الثاني مثل السيميتيدين (التاغامت[®]) والرانيتيدين (الزانتاك[®]) الطريق قبل ظهور مثبطات مضخة البروتون. لا تزال هذه الأدوية جيدة في علاج القرحات وفي علاج الحرقة المعدية

خاصة الليلية. لكنها مع ذلك لا تملك القوة نفسها نهاراً ويمكن لها أن تسبب أعراضاً جانبية. تتضمن حاصرات مستقبلات الهستامين من النمط الثاني أيضاً الفاموتيدين (الببسيد®) الذي تنتجه شركة ميرك) و النيزاتيدين (الأكسيد®) الذي تنتجه شركة ليلي). وجدت إدارة الطعام والأدوية الأمريكية جميع هذه الأدوية الأربعة آمنة، بحيث سمحت بشرائها دون وصفة طبية لكن بنصف عيار الدواء في كل حبة بالمقارنة مع الدواء الموصوف من قبل الطبيب. لا يكفي هذا المقدار لعلاج القرحة إلا بتناول عدد كبير من الحبات يومياً. لكن التركيز المبيع دون وصفة يكفي لعلاج حرقة المعدة البسيطة أو الانزعاج المعدي في نحو ثلثي الحالات.

يبدو أن السبب الحقيقي في حصول القرحة الهضمية هو جرثومة معينة. وإن التخلص منها بالمضادات الحيوية يشفي المعدة، ويبقى الشفاء مدة أطول من الشفاء الحاصل بمثبطات الحمض. لكن العديد من الأشخاص يحملون هذه الجرثومة المسماة «بالهليكوباكتر البوابية» في معداتهم دون أن يصابوا بالقرحة. عند استعمال المزيج المناسب من المضادات الحيوية، انخفضت نسبة نكس القرحة الهضمية (خلال مدة 38 أسبوعاً) من 95 في المئة إلى 12 في المئة!

إن جرثومة القرحة منيعة جداً، بحيث يتطلب الأمر الهجوم بثلاثة مضادات حيوية لقتلها وشفاء القرحة. لكن، وكما يظهر في الأبحاث التي أجريت، فإن النتائج باهرة. لكن هناك مشكلة في استخدام المضادات الحيوية. يمكن للمضادات الحيوية إذا أخذت مدة طويلة، تحت إشراف الطبيب، أن تسبب أعراضاً جانبية خطيرة. كما أن العلاج بالمضادات الحيوية هو مجرد مقطع قصير من كامل القصة. لقد وجد بعد متابعة المرضى 15 سنة أن نسبة حدوث القرحة الهضمية تتضاعف مرتين عند الأشخاص الذين يواجهون شدة قاسية في الحياة. لذلك فإن الاعتماد الكلي على وصفة الطبيب بدلاً من الاعتماد الشخصي المواكب على تقليل الشدة النفسية لا يعطي كامل الجواب المطلوب.

إن الأدوية الإضافية التي ينصح بها في علاج اضطرابات الجهاز الهضمي العلوي الأخرى، مثل داء القلس المعدي المريئي، هي الأدوية المقوية للحركية، أو حاصرات مستقبلات الهستامين من النمط الثاني أو مضادات الحموضة.

الأدوية المثوية للحركية تجعل تقلصات المعصرة المريئية والمعدة والأمعاء أكثر فاعلية. الدواء الوحيد المتوافر في الولايات المتحدة الأمريكية هو الميتوكلوبراميد (الريفلان®)، الذي يمكن أن يسبب أعراضاً جانبية خطيرة، لكنه فاعل جداً في علاج المريء.

الخيار الطبي الثاني هو استعمال حاصرات مستقبلات الهستامين من النمط الثاني أو مضادات الحموضة. إن القلس الراجع غير المحتوي على الحمض لا يضر المريء، لذلك فإن مثبطات الحموضة ومضادات الحموضة - التي تباع دون وصفة طبية - يمكنها أيضاً أن تريح المريض من هذه المشكلة.

ماذا عن مضادات الحموضة؟

مضادات الحموضة من الأدوية الأخيرة الباقية التي لا تعمل على أي مستقبل في الجسم. مما يعني أنها لا تملك قدرة احتياطية كبيرة. إن ما تقوم به أساساً هو تعديل الحموضة الموجودة عندما يؤخذ الدواء. وهذا يعني أنها تعطي الراحة وتفيد مدة قصيرة من الزمن، في حين تعوزها الاستمرارية في تقديم الفائدة.

إن ما يحصل بعد تناولها يعتمد كلياً على المعدة. يمكن للجرعات الكبيرة (مثل أونصة كاملة - 28,35 غراماً - من مضاد الحموضة السائل كماركة ميلانتا® التجارية أو ست حبات قابلة للمضغ) أن تحمي المعدة من تدفق الحمض اللاحق حتى ساعتين من الزمن. أما الجرعة المعتادة من حبة واحدة أو حبتين فهي تعطي ساعة واحدة أو أقل من الحماية. وسرعان ما يمر الدواء إلى الأمعاء الدقيقة، حيث لا يقدم أي حماية.

إن مضادات الحموضة عبارة عن مواد كربونية، لذلك فهي تمتص حمض المعدة (بروتونات الحمض هي في الواقع شوارد الهيدروجين) وتشكل في أثناء ذلك حمض الكربون. إن حمض الكربون غير مستقر في الماء، ويحرر جزئياً الماء وثاني أكسيد الكربون. ولذلك فإن النتيجة الطبيعية لتناول مضادات الحموضة الكربونية بهدف

التخلص من فرط الحموضة هي الانتفاخ والتجشؤ. وهذا ليس أفضل ما نريده؛ لأن محتويات المعدة المعدلة (جزئياً) يمكن أن تتسكب في المريء.

إن بعض مضادات الحموضة مكونة من كربونات الألمنيوم أو كربونات الكالسيوم، مما يعني أنها قد تسبب الإمساك. بينما يتكون بعض الأنواع الأخرى من كربونات المغنيزيوم، مما يعني أنها قد تسبب الإسهال. لذلك فإن بعض مضادات الحموضة الأخرى مكون من خليط من المقبضات والملينات لتخفيف الآثار الجانبية على الأمعاء إلى أدنى حد ممكن.

يمتص الألمنيوم قليلاً، ويمكنه أن يتداخل في استقلاب العظام، وربما يؤثر على أعضاء أخرى. لذلك فقد لا يكون تناول كربونات الألمنيوم بشكل مزمن أمراً سليماً. كذلك فإن مضادات الحموضة قد تتداخل مع بعض الأدوية الأخرى حيث ترتبط بها وتمنع امتصاصها.

رفعت نسبة الكالسيوم في الماركة التجارية تومز®، بسبب الاكتشافات الحديثة أن تناول الكالسيوم بمقدار 1000 أو حتى 1500 ميلي غرام في اليوم يمكنه أن يساعد في منع ترقق العظام وحصول الكسور العظمية. (انظر الفصل 10، المعادن بالغرام).

يختلف واحد من مضادات الحموضة عن غيره. يطفو الغافسكون®¹ على سطح محتويات المعدة، معدلاً القسم الذي كان سيؤذي المريء عند القلس لولا ذلك. تظهر الأبحاث التي تقيس الحموضة بدقة أن الغافسكون® يبقى حموضة المعدة قريبة من درجة الاعتدال عند الوصل المعدي المريئي مدة ساعتين بعد الجرعة.

تحتوي العديد من مضادات الحموضة على السيميثيكون، وهو مادة «مضادة للغازات». لا يمنع السيميثيكون تشكل الغاز ولا يعدله بأي شكل من الأشكال لكنه يحطم فقاعات الغاز. وليس من الواضح ما إذا كان ذلك يساعد في طرحها من الجسم أم لا.

1- الغافسكون® : اسم تجاري لدواء تصنعه شركة R&C مكون من حمض الألجينيك 500 ملغ، هيدروكسيد الألمنيوم الجاف 100 ملغ، ثلاثي سيليكات المغنيزيوم 25 ملغ، ثاني كربونات الصوديوم 170 ملغ (المعرب).

مهما كان مضاد الحموضة الذي يتناوله الشخص، فإن الجرعة اللازمة للراحة من داء القلس المعدي المريئي (إذا كان الطبيب قد شخص ذلك) هي أونصة (28,35 غراماً) من السائل ذي القوة العادية أو 4 إلى 6 حبات من الحبوب ذات القوة العادية؛ أو ملعقة كبيرة من السائل ذي القوة المضاعفة، أو حتى 4 حبات من الحبوب ذات القوة المضاعفة. والنظام المطلوب اتباعه هو أخذ الجرعة بعد ساعتين من كل وجبة وكل ساعتين بعد ذلك حتى الوجبة المقبلة.



obbeikandi.com

الفصل الخامس والعشرون

هل تؤذي

الأدوية والإضافات معدتك؟

إن الأدوية المسماة بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية التي تستعمل أكثر ما تستعمل مسكنات للألم هي أكبر مسبب لسحجات المعدة وللقرحات. تشمل هذه الأدوية على الأسبرين، والإيبوبروفين (الأدفيل® والنوبرين® والموترين®) وأسماء أخرى، والنابروكسين (الأنابروكس® والنابروسين® والريليف®)، والكيبتوبروفين (الأوروديس® والأوروديس ك. ت®) والعديد من الأدوية الأخرى المتوافرة - فقط - حسب وصفة الطبيب مثل الإندوميثاسين والديكلوفيناك.

كذلك يباع دون وصفة مركبات تحتوي على الأسبرين أو الإيبوبروفين مع أدوية أخرى، لذلك اقرأ لصاقة التعريف إذا كنت في شك ما إذا كانت الأدوية التي تتناولها تحتوي على مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

ليست جميع مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية متماثلة. إن أكثرها شيوعاً، الإيبوبروفين، أسلمها على المعدة على الأقل بجرعاته الخفيفة. أما أكثرها خطورة الكيتورولاك (التورادول®) وحمض الميفاناميك (البونستيل®)، فيجب ألا تستعمل استعمالاً مزمناً. إن الأسبرين مقرح جداً للمعدة، حتى إن أخذ 3 حبات فقط في اليوم (1 غرام) يزيد نسبة دخول المستشفى لعلاج القرحة عشر مرات. إن الخطر النسبي في الاستعمال المزمّن لحصول اختلاطات قرحية بالمقارنة مع الإيبوبروفين أعلى ما يكون في مضاد الالتهاب غير الستيروئيدى المسمى الأزابروبازون (الريوموكس®) والتوليبيرين®، اللذين لا يتوافران في الولايات المتحدة الأمريكية)، حيث الخطورة أعلى بعشر مرات من الإيبوبروفين. ونسبة الخطورة أعلى من ثلاث إلى خمس مرات باستعمال الكيتوبروفين (الأوروديس®) والبيروكسيكام (الفلدين®) والتولتين (التولكتين®)؛

في حين تبلغ الضعف إلى ثلاثة أضعاف باستعمال الإندوميتاسين (الإندوسين®)،
والنابروكسين (الأنابروكس® والنابروسين® والريليف®)، والديفلونيزال (الدلوبيد®)
والسولينداك (الكليثوريل®)، والديكلوفيناك (الفولتارين® والكاتافلام®)؛ ونحو
الضعف مع الأسبرين والفينوبروفين (النافون®).

الراحة من الألم مع دفع الحساب

هاكم مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية التي يمكن أن تسبب مشكلات معدية
أو معوية. إذا كنت تتناول أياً من هذه الأدوية فاحرص على أن يعرف طبيبك ذلك.
قد تكون هناك بدائل تعمل العمل نفسه أو حتى تعطي فائدة أكبر! دون أن تسبب
الآثار الجانبية التي تضر بمعدتك.

الاسم التجاري		الاسم العلمي
دون وصفة طبية الأدليل®، الموترين®، النوبرين®... إلخ، وضمن مركبات والأوروديس ك. ت®	يحتاج إلى وصفة طبية الموترين®، وأسماء أخرى وحده أو ضمن تراكيب الإندوسين® والنابروسين®، الأنابروكس® ديبرو® الأوروديس® الكليثوريل® الدلوبيد® الفلدين® أنسيد® الفولتارين® الكاتافلام® النافون® البونستيل® ريلافين® تورادول® التولكتين® لودين®	الإيبوبروفين الإندوميتاسين النابروكسين الأوكسابروزين الكتيبروفين السولينداك الديفلونيزال البيروكسيكام فلوريبيروفين الديكلوفيناك الفيونوبروفين حمض الميفاناميك نابومتون كيتورولاك التولمتين إيتودولاك

تضايق مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية بعضنا أكثر من بعضنا الآخر، حسب (من بين عدة أشياء) العمر والجنس والجرعة التي تتناولها. إذا كنت فوق الستين، فإن لديك خطراً أكبر على الإصابة بتأثير جانبي للأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية. والنساء أكثر عرضة وخطورة للإصابة من الرجال. والخطورة أكبر في كل المجموعات إذا كنت تأخذ جرعة أكبر. وجد البريطانيون أن الإيبوبروفين سليم جداً عندما نشر في السوق لأول مرة في السبعينيات من القرن الماضي، لكنهم قيدوا الجرعة بـ 200 ملغ في كل مرة، و الجرعة اليومية القصوى بـ 800 ملغ. يصف الأطباء الإيبوبروفين اليوم بجرع أقوى مرتين أو ثلاث مرات أو حتى أربع مرات. نتيجة لذلك فإن الإيبوبروفين يُعد مسبباً للقرحة في بعض الحالات.

لا تأخذ هذه التحذيرات على محمل الهزل. ذلك أن مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية تسبب 60 في المئة على الأقل من القرحة المختلطة (أي التي يحصل فيها نزف أو انثقاب).

أنتجت أحدث مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية - الأوكسابروزين (ديبرو®)، نابوميتون (ريلافين®)، إيتودولاك (لودين®) - خاصة للتخفيف من هذه الخطورة، بنجاح جزئي. مع ذلك يبقى الإيبوبروفين أقل مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية في بعض الدراسات على عدد كبير من السكان.

تعد مثبطات الكوكس-2 بإنقاص الخطر أكثر. مع ذلك، ارتفع عدد التقارير التي تذكر وجود القرحة والنزيف ارتقاعاً مقلقاً بعد تسويق بعض هذه الأدوية في أوروبا. الروفيكوكسيب (الفيوكس® لشركة ميرك¹)، والروفيكوكسيب (سيليبريكس® لشركة سيرل). تم مؤخراً الموافقة على تسويق دواء ثالث هو الميلوكسيكام (الموبيك® لشركة بويرينجر إنغلهايم). يمكن أن تسمى هذا كوكس ونصف، حيث إنه متوسط بين الأدوية القديمة وأدوية الكوكس-2.

1- تم مؤخراً سحب الروفيكوكسيب (الفايوكس) من الأسواق بسبب تأثيره الجانبي على شرايين القلب والدماغ (العرب).

لماذا لا نتجنب جميع المخاطر المعدية ونستعمل الأسيتامينوفين (تيلينول®)؟ لا يسبب الأسيتامينوفين القرحة ولا النزف الهضمي. لكن تأثيره على الألم قليل وتأثيره المضاد للالتهاب ضئيل، حتى بجرعاته الكبيرة. وهناك سقف حتمي على الجرعة اليومية التي يمكن أن تستعمل، وإلا ازدادت سمية الكبد.

إذا كنت بحاجة لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية وكنت عرضة لخطر الإصابة بالقرحة، فاطلب من طبيبك أن يستبدل بعض الأدوية التي تتناولها بالأسيتامينوفين - أو استبدال كامل الدواء به في المدة التي تكون فيها الأعراض خفيفة. إذا كانت جرعة 1000 ملغ كل مرة، ثلاث مرات في اليوم كافية بالنسبة لك فإنك ستحصل على كامل فوائد الأسيتامينوفين دون خطر الأذية الكبدية.

يزيد استعمال أكثر من دواء مضاد للالتهاب في الوقت نفسه، خاصة إذا أضيف ستيرويد قشري مثل البردنيزون لمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، من خطر الإصابة بالقرحة.

أخيراً، وبالطبع، فإن من أصيب بقرحة هضمية في السابق سيكون أكثر عرضة للإصابة بقرحة جديدة عندما يتناول مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

خطر خلط الأدوية

هناك قائمة طويلة من الأدوية الأخرى التي يمكن كثيراً أن تسبب عسر الهضم. يجب أن ينتبه كل من يعاني من عسر الهضم إلى إمكانية أن تكون تلك الأدوية سبباً في أعراضهم. لكنّ هناك تحذير مهم قبل أن تعرف الدواء المسبب وتقول: «آه، سأتخلص من هذا الدواء اللعين اليوم!» لا توقف أي وصفة دوائية فقط لمجرد أنها على هذه القائمة!

لم يوصف لك الدواء إلا لسبب وجيه، لذلك لا توقفه بنفسك. اتصل بطبيبك وحدد موعداً للقائه واطلب منه بديلاً أخف على المعدة. أخبر طبيبك - أو ذكّره -

بأعراضك المعدية. واذهب إلى الموعد وأنت مسلح بمفكرة سجلت فيها على مدى عدة أيام الدلائل التي تظهر ما إذا كانت الأعراض تظهر بعد تناول الدواء أم لا.

إن قراءة هذه القائمة بإمعان لن يحدد لك بالضرورة سبب مشكلتك. بعد أن ترأست قسم الآثار الجانبية لشركة دوائية كبيرة سنوات عديدة، وصلت إلى نتيجة بأن أي دواء يمكنه أن يسبب أي تأثير جانبي، على الأقل نادراً. لذلك فإن السؤال المهم بالنسبة لك، بغض النظر عن هذه القائمة أو أي قائمة أخرى، هو ما إذا كانت الكيمياء الحيوية الخاصة بك تتعارض مع أي من الأدوية التي تتناولها، حتى ولو لم يكن الدواء يسبب عسر الهضم عند معظم الناس. إذا كنت قلقاً من وجود علاقة بين أي من الأدوية التي تتناولها وأعراضك المعدية، فأخبر طبيبك بذلك، واطلب بديلاً عن ذلك الدواء.

الأدوية الموصوفة التي كثيراً

ما تسبب عسر هضم

هذه قائمة بالأدوية التي كثيراً ما تسبب أعراض عسر هضم. أخذت هذه القائمة من طبعة حديثة لكتاب دليل مكتب الطبيب، لكنها ليست كاملة تماماً. تأكد من إخبار طبيبك بأي دواء تتناوله. هناك أدوية لا تسبب إلا أحياناً ألم المعدة أو الغثيان أو التهاب المعدة، لكن قد تكون أنت من بين الناس الذين يتأثرون بتلك الطريقة.

الأسماء		
الأسماء التجارية	الاسم العلمي	صنف الدواء
أ/ت/س، ي.ي.س، ي.ي.س، ي.ي.س، إيريتابس، إيريثروسين، مينوسين، فيبرامايسين	الإريثرومايسين مينوسايكلين دوكسيسايكلين	المضادات الحيوية في الاستعمال المزمّن (مثلاً، لحب الشباب)
تاكسول	باكليتاكسيل ميتوتريكسات ومعظم الأدوية الأخرى	العلاج الكيميائي للسرطان

<p>سيليستون[®] كورتون[®] ديكادرون[®] هايدروكورتون[®] ميدرول[®] ديلتازون[®] بريلون[®] أريستوكورت[®]</p>	<p>بيتاميتازون كورتيزون ديكساميتازون هايدروكورتيزون ميتيل برينديزولون برينديزون برينديزولون تريامسينولون</p>	<p>الستيروئيدات</p>
<p>ستادول[®] إيمبيرين[®] مع كودئين، رقم 3 ورقم 4، ومركبات عديدة أخرى ديوراجيسيك[®] م س كونتين[®]، م س إي ر[®]، أورامورف س ر[®]، روكسانول[®] أوكسيكونتين[®] بيركوسيت[®] بيركوجيسيك[®] بيركودان[®] تيلوكس[®] لورتابس[®]، لورسيت[®] فيكودين[®] ديميرول[®] تالاسين[®]، تالوين[®]، ن إكس[®] ألترام[®]</p>	<p>بيوتورفانول كودئين فينتانيل مورفين أوكسيكودون هايدروكودون ميبيريدين بنزازوسين ترامادول</p>	<p>المسكنات، النوع الأفيوني</p>
<p>كوغنيسك[®] أريسبيت[®]</p>	<p>تاكرين دونيبيل</p>	<p>أدوية تدبير داء الزهايمر</p>
<p>ريفا[®] أنتايبوس[®] (يمكن للكحول، وسوائل الحلاقة، والحل أن تسبب ارتكاساً)</p>	<p>نالتريكسون ديسولفيرام</p>	<p>الأدوية المضادة للإدمان</p>
<p>إيسكاليث[®]، ليثويد[®] أنافرانيل[®]</p>	<p>ليثيوم كلومبيرامين</p>	<p>مضادات الاكتئاب ومثبتات المزاج</p>
<p>سيرزون[®]</p>	<p>نيفازودون</p>	
<p>بروزاك[®]</p>	<p>فلوكستين</p>	
<p>باكسيل[®]</p>	<p>باروكستين</p>	

سيرترالين	زولوفت®
فلوفوكسامين	لوفوكس®
فينلافاكسين	إيفيكسور®
الأدوية المضادة للقلق	بوسبار®
الأدوية المضادة للربو	هايدروكسي كلوروكين بلاكوينيل ميتوتريكسات
الأدوية المثبتة للكلس	فوزاماكس! إيتيدرونات
الأدوية القلبية الوعائية	ديجوكسين نياسين كوينيدين بروكاناميد فلوفاستاتين لوفاستاتين بروفاستاتين سيمفاستاتين
الأدوية المضادة لداء باركنسون	بروموكريبتين كاربيدوبا - ليفودوبا ليفودوبا بيرغوليد برامبيكسول
الأدوية المضادة للصرع	كاربامازيبين فيلباميات
الإضافات المعدنية	البوتاسيوم
مضادات الربو	ثيوفيلين ماراكس® ، كوبيرون® ، مودران® ثيوليت® سلو - بيد® سلو - فيللين® أيروليت® ثيو - 24® ثيو - دور® يوني - دور® يونيفيل® ثيوكلير® ثيولير®

الإضافات التي يمكن أن تؤذيكم

يمكن لبعض الإضافات أيضاً أن تسبب اضطرابات معوية. إذا نصحك شخص ما في متجر الأطعمة الصحية بتناول إضافات معينة، فإن ذلك لا يعني بالضرورة أنها ستفيدك أنت بالذات. كل فرد متميز بتكوينه. احرص على مراقبة ما يحصل لك بعد أخذ أي من هذه الإضافات.

منبهات	مخرشات	إضافات أخرى
الزيت بكمية كبيرة (أكثر من ملعقة صغيرة كل مرة)	البلميط المنشاري	الفيتامينات المتعددة
زيت السمك	الفلفل الأحمر، فلفل الجلابينو وأنواع الفلفل الأخرى	الكارنيتين وحموض أمينية أخرى
المليينات: الكسكارا، الجنطيانا، البرباريس	الخردل	السمفوطن مدة طويلة من الزمن
أنواع البندق	حمض كلور الماء	الأنزيمات (إذا كانت المعدة متخرشة أصلاً)
الكافئين	النياسين	الزنك
البهارات	الخل	دونغ كوا
	حمض الأسكوربيك (الفيتامين سي، أكثر من 250 ملغ في كل مرة)	

الأدوية التي تزعج المعصرة المريئية السفلية

مع أننا نعرف أن حرقة المعدة تنتج عن فشل المعصرة المريئية السفلية، فإننا مع ذلك لا نعرف لماذا يفضل - كثيراً - باب سقف المعدة هذا الواقع بين المعدة والقسم السفلي من المريء. يمكن لبعض الأطعمة أن تضعف المعصرة المريئية السفلية، وكما قلت لكم: فإنه يجب الابتعاد عن الشوكولاته، والدهن، والنعناع، والكحول، والكافئين إذا كنتم تعانون من حرقة معوية. يمكن أن تستفيدوا كثيراً من تجنب هذه المواد.

لكن بالإضافة إلى ذلك، هناك العديد من أنواع الأدوية الشائعة التي يمكن لها أن تضعف المعصرة المريئية السفلية، انظر الجدول اللاحق. معظم هذه الأدوية ضروري لعلاج الحالات المرضية الأخرى. احرص على أن تبحث مع طبيبك احتمال وجود بديل للدواء الذي يزعجك.

الأدوية التي تضعف المعصرة المريئية السفلية	
صنف الدواء	أمثلة (أسماء تجارية)
مسكنات مركزية (أفيونيات)	المورفين (م س كوتين [®] ، روكسانول [®]) الأوكسيكودون (أوكسيكوتين [®] ، تيلوكس [®])، ميبيريدين (ديميرول [®])
المرخيات العضلية	ديازيبانم (الفاليوم [®])، سايكلوبينزابرين (فليكسيريل [®])، ربما الميتوكلاريامول (الروباكسين [®])، كاريسوبرودول (سوما [®])، ميتاكلولون (سكيلاكسين [®])، و/أو الكلورزوكسازون (بارافون فورت [®])
المهدئات الباربيتورية	فينوباريتال (نيمبوتال [®])، سيكوپاريتال (سيكونال [®])، بيوتالبيتال (فريثيلين [®])
الأدوية مضادات الكولين المستعملة للرشح ودوار الحركة والسلس البولي والقرحة	بالادونا (الأترولين، السكوبولامين، دوناتال [®])، ترانسديرم سكوب [®] ، يوريسيد [®])، ديسايكلومين (بينتيل [®])، فلافوكسات (يوريسباس [®])، هايوسيامين (سيسيتوسباس [®])، ليفبيد [®] ، ليفسين [®])، أوكسيبوتامين (ديتروبان [®])
مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة	إيميبرامين (توفرانيل [®])، أميتريبتيلين (الإفيل [®])، ديسبيرامين (نوبرامين [®])، دوكسيبين (سينكوان [®])، أدابين [®])، كلوميمبرامين (أنافرانيل [®])، وغيرها
أدوية الفينوتيازين المضادة للذهان	كلوربرومازين (ثورازين [®])، ثيوريدازين (ميلاري [®])، بروميتازين (فينيرغان [®])، بروكلوربيرازين (كومبازين [®])، تريفلوبيرازين (ستيلازين [®])، وغيرها
حاصرات قنوات الكالسيوم (المستعملة لعلاج ارتفاع التوتر الشرياني والآلام القلبية وبعض الحالات القلبية الوعائية الأخرى)	أملوديبين (نورفاسك [®])، بيبريدل (فاسكور [®])، ديلتيازيم (كارديزيم [®])، ديلاكور [®])، فيلوديبين (يلينديل [®])، نيفيديبين (أدالات [®])، بروكارديا [®])، نيموديبين (نيموتوب [®])، إسرادابين (ديناسيرك [®])، نيكارديبين (كاردين [®])، فيراباميل (كالان [®])، إيزوتين [®] ، فيريلان [®])
الكسانثينات الموسعة للقصبات	ثيوفيللين (ماراكس [®])، كوبيرون [®] ... إلخ

الأدوية الودية من نوع بيتا (موسعات قصبات، الأدوية المضادة للصدمة)	دوبامين (من مستقبلات الليفودوبا، لكن ليس من السيتميت®)، إيزوبروتيرينول (إيزوبريل®)، إيفدين
النترات (حبوب، أو حبات تحت اللسان، أو لصقات على الجلد) لعلاج الحالات القلبية	ديبونيت®، ديلاتريت®، إيمدور®، أيسمو®، إيسودريل®، مونوكيت، نترو - بيد®، نيتروفسك®، نترو-دور®، سوربيتريت®، ترانسديرم - نترو
الأدوية الستيروئيدية المضادة للالتهاب، الهرمونات	الستيروئيدات القشرية*، الستيروئيدات البانية (أندروبيد... إلخ)، البروجسترون

* لقراءة قائمة بالأمثلة الشائعة، انظر: «الأدوية الموصوفة التي كثيراً ما تسبب

عسر هضم».



المصادر والمراجع

تدبير نمط الحياة

- Be Here Now, Ram Dass, Crown, NewYork, 1971.
- Breaking Free of the Co-Dependency Trap, Barry K. Weinhold and Janae B. Weinhold, Stillpoint Publishing, Walpole, NH, 1989.
- Co-Dependent No More, Meloclie Beatty, Harper & Row, NewYork, 1987.
- Dr. Dean Ornish's Program for Reversing Heart Disease, Chapters 5 9 —, "Opening Your Heart". Dean Ornish, Ballantine Books, NewYork, 1990.
- Each Day a New Beginning; A Book of Daily Meditations for Women, Hazelden Meditation Series, Hazelden Educational Materials, Center City, MN, 1982.
- Freedom though Higher Awareness, Wayne W. Dyer, Nightingale-Conant Corporation, 1996. 15552-323-800- (audiotape series).
- Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness, Jon Kabat-Zinn, Delta, NewYork, 1991.
- Habits Not Diets, 3rd ed., James M. Ferguson and Cassandra Ferguson, Bull Publishing Co., Palo Alto, CA 1997.
- Healing Sounds: The Power of Harmonics, Jonathan Goldman, Element, Inc., Rockport, MA, 1992.
- Integral Yoga has centers in most cities: 1858--800-YOGA for information, or iyi@yogaville.org.
- KripaluYoga has trained over 5,000 yoga teachers worldwide: 13202-448-413- or www.kripalu.org.

- Living Arts yoga videos: Yoga Practice for Beginners with Patricia Walden; Yoga Practice for Flexibility with Patricia Walden; Yoga Practice for Relaxation with Patricia Walden and Rodney Yee. 18464-254-800- or www.livingarts.com.
- Peace Is Every Step: The Path of Mindfulness in Everyday Life, Thich Nhat Hanh, Bantam Books, New York, 1991.
- Recent Experience Scale, Thomas H. Holmes, MD, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA 98195.
- The Relaxation Response, Herbert Benson, Morrow, New York, 1975.
- The Secrets to Manifesting Your Destiny, Wayne W. Dyer, Nightingale-Conant Corporation, 1994. 15552-323-800- (audiotape series).
- Sounds of Healing, Mitchell L. Gaynor, M.D., Broadway Books, New York, 1999. "Stress," Jerry Adler, Newsweek, June 8, 1999. Stress hormones increase in seconds to minutes after even tiny stresses
- Touchstones; A Book of Daily Meditations for Men, Hazelden Meditation Series, Hazelden Educational Materials, Center City, MN, 1986.
- Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life. Jon Kabat-Zinn, Hyperion, New York, 1994.
- Yoga the Iyengar Way. Silva, Mira and Shyam Mehta, Alfred A. Knopf, New York, 1990.
- The Yoga Site (www.yogasite.com) lists yoga teachers.
- You'll See It When You Believe It, Wayne Dyer, HarperCollins, New York, 1990.

المدخلة الطبية لحرقة المعدة، والقرحة، والتهاب المعدة، وداء القلس المريئي

- American College of Gastroenterology hotline, 800-HRT-BURN (4782876-) or

fax to 7034520-931-. Offers a free fact sheet, a brochure, even a list of nearby gastroenterologists who belong to the college (this means they are board-certified in this subspecialty).

- “Chronic Heartburn, an Ominous Warning,” Jane E. Brody, New York Times, April 29, 1999. The risks of continuing heartburn include esophageal cancer.
- “Dietary fatty acids are also drugs,” Andrew J. Dannenberg and Marcus M. Reidenberg, Clinical Pharmacology and Therapeutics, Volume 55, pages 5 — 1994 ,9. Reprint requests: Andrew Dannenberg, MD, Rm F-231, The New York Hospital-Cornell Medical Center, 1300 York Ave., New York, NY 10021.
- “Efficacy of intensive dietary therapy alone or combined with lovastatin in out-patients with hypercholesterolemia,” Donal B. Hunninghake, Evan A. Stein, et al., New England Journal of Medicine, Volume 328, 1993, pages 1213 1219 —. Reprint requests: Dr. Hunninghake, Heart Disease Prevention Clinic, 151 Variety Club Heart & Research Center, 401 E. River Rd., Minneapolis, MN 55455. Cutting dietary fat from 41% to 26% reduced cholesterol by only 5%.
- “Fish consumption and the 30 — year risk of fatal myocardial infarction,” Martha L.
- Daviglius, Jeremiah Stamler, et al., New England Journal of Medicine, Volume 336, pages 1046 1997 ,1052 —. More than 5 ounces twice a week gave maximum benefit. Reprint requests: Dr. Daviglius, Department of Preventive.
- Medicine, Northwestern University Medical School, 680 North Lake Shore
- Dr., Suite 1102, Chicago IL 60611.
- Gastroesophageal Reflux Disease (GERD), pamphlet, 1997, Krames Communications, San Bruno, CA. 13032-333-800- or ask your doctor for a copy.
- Gastrointestinal Health, Steven Peikin, HarperCollins Publishers, New York,

1991.

- Good Food for Bad Stomachs, Henry D. Janowitz, M.D., Oxford University Press, New York, 1997.
- “Gut Reactions,” Wendy Marston with Mary Hager, Newsweek, November 17, 1997. Too much aspirin, ibuprofen, alcohol, or antibiotics can cause leaks in the lining of the small intestine and cause asthma, arthritis, fatigue, food allergies, etc.
- Harrison’s Principles of Internal Medicine, 8th ed., George W. Thorn, Raymond D. Adams, Eugene Braunwald, Kurt J. Isselbacher, and Robert G. Petersdorf, Blakiston, New York, 1977. Gastroenterology just before the anti-acid drugs.
- Herbal medicine, Prescriber’s Letter Document #131033, 1996. 12240-472-209- for information or fax 12249-472-209-.

Physician’s Desk Reference, 53rd ed., Health Economics, Montvale, NJ, 1999.

- The Ulcer Story: The Authoritative Guide to Ulcers, Dyspepsia, and Heartburn, W. Grant Thompson, M.D., Plenum Press, New York, 1996.

المدخلة بالأعشاب الطبية والطرق الطبيعية الأخرى

- Fats That Heal, Fats That Kill, Udo Erasmus, Alive Books, Burnaby BC, Canada, 1993.
- Heartburn and What to Do about It: A Guide to Overcoming the Discomforts of Indigestion Using Drug-Free Remedies, James F. Balch and Morton Walker, Avery Publishing Group, Garden City Park, New York, 1998.
- The Herbal Guide and Handbook, Henry Hunt, Desert Press, Arizona City AZ 1994.
- “Herb News,” Varro E. Tyler, Prevention, July 1999.

- Joy of Cooking, Irma S. Rombauer and Marion Rombauer Becker, Plume, New York, 1973. A great resource, but don't use it for proportions of fats!
- Mediterranean Light; Delicious Recipes from the World's Healthiest Cuisine, Martha Rose Shulman, Bantam Books, New York, 1989. Hold the onions, garlic, and peppers!
- Prescription for Dietary Wellness, Phyllis A. Balch and James F. Balch, PAB Books, Inc., Greenfield, IN, 1993.
- Prescription for Nutritional Wellness, James F. Balch and Phyllis A. Balch, Avery Publishing Group, Garden City Park, NX 1990.
- "Soy Cooking," Ruth Adams, Better Nutrition for Today's Living, March 1995. This monthly magazine is available free at many health food stores. 404618--0385.
- Stomach Ailments and Digestive Disturbances, Michael T. Murray, Prima Publishing, Rocklin, CA, 1997.
- Stomach Ulcers: Safe Alternatives without Drugs, Leonard Mervyn, Thorsons ~ Natural Health, HarperCollins Publishers, London, 1997.
- Sunset Low-Fat Cookbook, Sunset Publishing Corporation, Menlo Park, CA, 1992: ~ "Ten Best Healing Herb Teas," Laura Goldstein, Prevention. April 1999.

الأدب الطبى لاضطرابات الجهاز المعدي المعوي

- Alpers, David H. Why Should Psychotherapy Be a Useful Approach to Management of Patients With Nonulcer Dyspepsia? Gastroenterology 2000;119:869 871 —
- Fisher, R.S., and H.P. Parkman. Current Concepts: Management of Nonulcer Dyspepsia. New England Journal of Medicine; 339, November 5, 1998, 1376 — 1381.
- Graham, David Y. Therapy of Helicobacter pylori: Current Status and Issues.

Gastroenterology 2000;118:S2 — S8.

- Hamilton, Jane, Elspeth Guthrie, Francis Creed, et al. A Randomized Controlled Trial of Psychotherapy in Patients with Chronic Functional Dyspepsia. Gastroenterology 2000;119:661 669 —.
- Hawkey, Christopher I. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug Gastropathy. Gastroenterology 2000;119:521 535 —.
- Klinkenberg — Knol, Elly C., Frits Nelis, John Dent, et al. Long — Term Omeprazole Treatment in Resistant Gastroesophageal Reflux Disease: Efficacy Safety and Influence on Gastric Mucosa. Gastroenterology 2000;118:661 669 —.
- Miwa, Takeshi, Ed. Dyspepsia: What's New? Clinical Therapeutics; 20, Supp. D, 1998. Excerpta Medica, Inc., Belle Mead, NJ. Reprint requests: Vicki Donoso, 13694-281-908-.
- Pandolfino, John E., Cohn W. Howden, and Peter J. Kahrilas. Motility-Modifying Agents and Management of Disorders of Gastrointestinal Motility. Gastroenterology 2000;118:S32 — S47.
- Pope, Charles E., II. Acid Reflux Disorders. New England Journal of Medicine; 331, 656 1994 ,660 —. Reprint requests: Dr. Pope, Division of Gastroenterology RG24, University of Washington, Seattle, WA 98195. Esophageal reflux can even cause acid laryngitis with hoarseness, dry cough, etc.
- Wolfe, M. Michael, and George Sachs. Acid Suppression: Optimizing Therapy for Gastroduodenal Ulcer Healing, Gastroesophageal Reflux Disease, and Stress-Related Erosive Syndrome. Gastroenterology 2000;118:S9 — S31



لمحة عن الكاتب

الدكتور روب بايك، حاصل على دكتوراه في الطب البشري، وحائز على دكتوراه في العلوم، كما أنه اختصاصي في علم الأدوية السريري والطب الباطني. عمل مديراً للأبحاث السريرية في مجالات حموضة المعدة والقرحة المعدية والتهاب المعدة وتهيج الأمعاء والتهاب القولون والأمراض القلبية الوعائية والاضطرابات القلبية، والاضطرابات المتعلقة بالشدة النفسية. بدأ الدكتور بايك في عام 1994 بعد أن أصيب بالتهاب معدة تآكلي شديد وداء قلس معدي مريئي بعلاج نفسه مختبراً المداخلات البديلة والتكاملية على نفسه. أدت طريقته العلمية الدقيقة ومداخلته التكاملية إلى شفاء معدته شفاء كاملاً.

