

## الفصل الثالث

### أمراض القولون

عندما نتحدث عن الأمراض فى أى جزء من الجسم ومنها القولون فإننا نذكر أنها تتكوّن من نوعين:

#### ١- الأمراض الخلقية:

وهى الأمراض التى يولد الطفل من رحم أمّه مصابًا بها. وأغلبها أمراض وراثية تتعلّق بتكوّين الجينات عند الأب والأم منذ بداية تكوّين الجنين بتخصيب البويضة فى رحم الأم.

#### ٢- الأمراض المكتسبة:

وهى الأمراض التى يكتسبها الإنسان أثناء تعامله فى الحياة مع البيئة التى نشأ فيها. وكل بيئة قد تختلف عن البيئة الأخرى وهذا ينعكس على الحالة الصحية سلبيًا، وإيجابيًا.  
وفيما يلى سنشرح كلا النوعين بالتفصيل:

## ١- الأمراض الخلقية فى القولون

### أ- ميجاكولون أو مرض هيرشسبرنج:

وهو القولون الذى يفترق إلى الجزء القابض من العصب اللاإدارى وبذلك يفقد الانقباض. ويظل منبسطاً طول الوقت أو يفقد كلا الجزئين من العصب اللاإدارى فتفقد عضلة القولون التحكم فى كلا الانقباض والانبساط، وتفقد قوتها الذاتية فتتضخم بفعل الفضلات الموجودة فى القولون والغازات المصاحبة وعادة يصيب هذا المرض جزءاً من القولون النازل فيصير ذلك الجزء متضخماً.

وهذا المرض يأتى عادة فى الأطفال وتختلف حالته تبعاً لطول الجزء المصاب من القولون فكلما زاد طول القطعة المصابة زادت حدة المرض، ومضاعفاته والعكس صحيح.

### شكوى المريض:

المريض يكون عادة طفلاً لا يستطيع أن يشكو مرضه، ولكن الأم تلاحظ ما يأتى:

\* انتفاخاً أسفل البطن عادة من الجهة اليسرى.

\* إمساكاً مستمراً. حيث لا توجد قوّة بعضلات القولون تستطيع أن تدفع الفضلات إلى أسفل للخروج من فتحة الشرج. وهذا عادة ما يؤدي إلى امتصاص الماء من الفضلات مما يجعل البراز على قدر من الصلابة.

\* هزالاً يظهر على الطفل، ويتزايد مع مرور الوقت.. ذلك لأن القولون يكون ممتلئاً، والبطن منتفخاً مما يؤدي إلى تقليل الطعام الذي يتناوله الطفل المصاب وأيضاً يرجع إلى نمو البكتيريا بكثرة داخل القولون فتؤدي إلى التعامل مع الفضلات، وقد ينتج عن ذلك مواد ضارة تساعد على كثرة القيء المتكرر مما يضر بصحة الطفل.

### تشخيص الحالة:

١ - يفحص المريض جيداً، مع فحص الشرج لاستثناء وجود التهاب أو شرج بالشرج.

٢ - تعمل حقن شرجية للمريض، ويفحص القولون بالأشعة بعد ملئه بمادة غير منفذة للأشعة فتظهر صورة الجزء المريض منتفخة مليئة بالصبغة.

٣ - تعمل تحاليل للدم لمعرفة الحالة العامة للمريض.

٤ - من المهم جداً عمل منظار القولون لإعطاء صورة واضحة للغشاء المخاطي الخاص بالقولون ثم لأخذ عينة من الجزء المتضخم

المتسع فى القولون، وفحصه فحماً دقيقاً وأخذ عينه للفحص التشريحي الدقيق الميكروسكوبى «هستوباثولوجى»، وذلك لمعرفة ما يأتى:

\* وجود أو عدم وجود شبكة «مايسنر» العصبية.

\* وجود أو عدم وجود شبكة «إيرباخ» العصبية.

وهما جزءا التغذية العصبية بالجهاز العصبى اللاإرادى للقولون الذى ينظم شكله وحجمه وحركته. «ومايسنر» هو اسم العالم الذى اكتشف الشبكة الأولى «وايرباخ» هو اسم العالم الذى اكتشف الشبكة الثانية وهما جزءا العصب السمبتاوى والباراسمبتاوى للعصب اللاإرادى. وقد تم شرح ذلك تفصيلاً فى التغذية العصبية للقولون.

وبناءً على كل تلك النتائج يعالج المريض بمعرفة الطبيب حتى تتحسن حالته ثم بعد ذلك يتم العلاج النهائى وذلك بعد تحديد واستئصال الجزء المتضخم من القولون حتى منطقة آمنة بها شبكتا العصب اللاإرادى من أعلى ومن أسفل. وتؤخذ العينة التى تم استئصالها، ويجرى عليها تحليل هستوباثولوجى، ويتم التشخيص كاملاً للحالة لمرض هيرشسبرنج Hurshsprung.

وبالسؤال والفحص والتدقيق نجد أن هناك عاملاً جينياً وراثياً يحمل ذلك المرض فى أقارب المولود المصاب فى حوالى ثلث الحالات. فى بعض الحالات تظهر الحالة فى الطفولة وليس منذ

الولادة مباشرة.. وفي حالات أخرى تظهر فى سن البلوغ وهى حالات قليلة والأغلب والأعم أن حالة التضخم القولونى أو الميجاكولون تبدأ منذ الولادة. وعادة يصيب ذلك المرض الجزء الأسفل من السجمويد والجزء الأعلى من المستقيم، وقد يمتد إلى أعلى حتى القولون النازل وبذلك يزداد طول الجزء المريض، ويتم تشخيص الحالة كما سبق بعمل أشعة على البطن والحوض، وأخذ عينة من جدار القولون بواسطة المنظار، وتستخدم صبغة الأستاتيل كولين استريز لكى توضح لنا صورة الشبكة العصبية تحت الميكروسكوب، ويمكن عمل مانومتر للمستقيم وقياس الضغط وفى هذه الحالة ينعدم انبساط الجزء الأسفل من المستقيم عند نفخ بلونة المانومتر فى الجزء الأعلى. وهناك حكمة شهيرة تقول: «إن المريض الذى يوجد به مرض خلقى قد يكون متحفاً للأمراض الخلقية». وهذا قول صحيح حيث إن المرض الخلقى يعنى توقف النمو فى عضو معين أو جزء معين من العضو عند مرحلة بعينها وهذا خلل فى عملية النمو ذاتها قد تتكرر فى أماكن أخرى من نفس المريض، وقد لا يوجد سواها ولذلك يجب فحص الطفل جيداً للتأكد من خلل جسمه من العيوب الخلقية مثل وجود القلب بالجهة اليمنى.. الزائدة والكبد بالجهة اليسرى.. وجود الشفة الأرنبية - والاسم الحقيقى لها هو شفة البعير - وجود حويصلات على الكليتين، وأمراض أخرى كثيرة يجب أن يتأكد الطبيب المعالج من عدم وجودها أو وجودها إن وجدت.

## العلاج:

العلاج المحبذ لتضخم القولون هو الاستئصال الجراحي حتى منطقة آمنة بحيث تستأصل القطعة التي لا توجد بها شبكة عصبية ويتم توصيل طرفي القولون ببعضهما وهما الطرفان الموجود بهما شبكة عصبية.

## ب - ضمور القولون:

وهذا المرض يوجد في الأطفال منذ لحظة الولادة. ولا بد من تشخيصه بعد فترة الولادة مباشرة وإلا فلا تستقيم معه الحياة لأكثر من أيام قلائل.

## تشخيص المرض:

١ - يلاحظ أن الطفل يتقيأ. ولا يلاحظ الطبيب وجود سائل «الميكونيم» وهو سائل أسود لزج ثقيل القوام يخرج من الشرج بعد الولادة ويتكون عادة من ابتلاع الطفل للسائل الأمنيوتى وهو السائل الموجود فى رحم الأم داخل الكيس الذى يوجد به الجنين، وبعد هضمه يخرج مركزاً من الشرج بعد الولادة.

٢ - يلاحظ أن الطفل كثير القيء ونكتشف هذه الحالات بعد الكشف الأول على الطفل بعد ولادته.

٣ - تعمل أشعة بصبغة حقيقية من الشرج أو من الفم حتى منطقة الضمور.

### العلاج:

تتم إجراء عملية جراحية في الحال لاستئصال الجزء الضامر من القولون وتوصيل الجزئين السليمين ببعضهما ثم يفحص الجراح أى عيوب خلقية أخرى موجودة داخل البطن فى المعدة والأمعاء، ويتعامل جراحياً مع الضرورى منها. ومن الجدير بالذكر أن الطفل حين ولادته يمكن تخديره وإجراء العملية اللازمة له مهما كانت مدامت ضرورية للحياة وأن الطفل يتحمل التخدير والجراحة جيداً.. وهذا التقدم يزداد يوماً بعد يوم. ومثل هذه الحالات مباشرة بمستقبل طبيّ كبير لخدمة بنى الإنسان.

### ج - الوضع العكسى للقولون:

وهذه حالات نادرة يكون فيها وضع القولون داخل البطن صورة معكوسة للوضع الطبيعى. أى إن القولون يبدأ فى الجهة اليسرى بالمصران الأعور، والزائدة الدودية يليه القولون الصاعد ثم منحنى الطحال «منحنى الكبد الطبيعى» ثم القولون المستعرض ثم منحنى الكبد «منحنى الطحال الطبيعى» ثم القولون النازل.. وهذه الحالة من الحالات الهامة لأن التهاب الزائدة الدودية بها يكون فى الجهة

اليسرى عكس ما هو معتاد، وتجرى عملية الزائدة فى هذه الحالات من الجهة اليسرى أيضاً. وهذه الحالات لا ضرر منها، ويتمُّ اكتشافها عادة بالمصادفة أو عند وجود التهاب حاد بالزائدة الدودية فى الجانب الأيسر الأسفل من البطن. أو عند إجراء عمليات داخل البطن أو الكشف بالأشعة لأى سبب آخر.. ونذكر هذه الحالة لبيان نوعها، وهى حالة مستقرة لا خوف منها، ولا تحتاج لأى علاج خاصة إذا كان القولون خالياً من كل الأمراض الأخرى، وفى حالة إصابة القولون بالأمراض الأخرى كالطفيليات أو الأمراض المعدية أو غيرها من الأمراض فإنه يتمُّ التعامل معه فى علاجه مثل القولون الطبيعى تماماً. حيث إنه من الناحية الوظيفية والتشريحية الدقيقة سليم تماماً سوى أنه ينقصه أن يدور <sup>0</sup>١٨٠ حتى يعود إلى وضعه الطبيعى، ويكون فى مكانه التشريحي الطبيعى. والتشريح الدقيق مقصود به تكوين وترتيب الخلايا، والأنسجة.

ومن الجدير بالذكر أن الالتهابات الأميبية الحادة تؤدى إلى وجود آلام فى الجهة اليمنى من البطن مكان وجود الزائدة الدودية، ولذلك لا يجب أى تدخل جراحى إلا بعد التأكد الشديد من صحة التشخيص. وهذا سهل كما عرفنا فى الفحوص اللازمة.

## د - القولون يحيض:

يحدث أحياناً أن يهاجر جزء من طبقة الإندوميتريم Endometrium وهى الطبقة الداخلية للرحم وتتم الهجرة أثناء تكوين الجنين، ويستقر تحت الغشاء المخاطي للقولون. ويحدث ذلك فى الجنين الأنثى. وتصبح القطعة المهاجرة جزءاً من جدار القولون، ويجرى عليها ما يجرى على الغشاء الداخلى للرحم بالنسبة للمولود الأنثى فتظل الأمور مستقرة حتى يبدأ نشاط الغدد الهرمونية الأنثوية ويتم إفراز هورمونات الأنوثة التى تؤدى إلى نضج الجهاز التناسلى للأنثى، ويبدأ مفعول هرمونات الاستروجين والبروجستيرون وتحدث عملية البلوغ للأنثى فى ذلك الوقت يبدأ الغشاء الداخلى للرحم فى النمو بحيث يصير سميكاً ومستعداً لاستقبال بويضة ملقحة لتلتصق به وتغوص بداخله وتحصل منه على التغذية حيث تكون الأوعية الدموية فى أوج عطائها. فإذا لم يتم الحمل فإن العمل الهورمونى للجسم الأصفر يؤدى إلى انفصال الغشاء الداخلى للرحم الذى يطرد من الرحم مخاطاً بالدم من الأوعية الدموية المتدفقة وذلك ما يسمى بالحيض أو الطمث. ونفس ما يحدث فى الجدار الداخلى للرحم يتم فى الجزء المهاجر إلى القولون بأعتباره يتبع نفس الأسلوب ويتأثر بنفس المؤثرات التى تطرأ على النسيج الأم فتحدث عملية الطمث أو الحيض فى القطعة المهاجرة للقولون ويتم ذلك شهرياً بعد البلوغ ويتوقف عند حدوث حمل وذلك لأن القطعة المهاجرة تتعامل

فى مكانها الجديد غير الطبيعى كما تتعامل زميلتها فى الرحم ويؤثر على كليهما نفس الهرمونات الموجودة فى الجسم. ولأن القطعة المهاجرة دائماً تكون تحت الغشاء المخاطى للقولون فإنّ الدماء الناتجة تبقى محبوسة فى مكانها وتؤدى إلى وجود ورم بنى اللون من الدم المتخثر المحبوس بها وقد تحدث آلام شهرية بالبطن نتيجة لوجود القطعة المهاجرة وتأثيرها بعملية المحيض ولو أنّ الغشاء المخاطى للقولون اختفى من ذلك المكان لحدث حيض شهرى ليتم إخراج الدم والقطع المطرودة من النسيج المهاجر عبر تجويف القولون ليتم إخراجها عبر الشرج.

وحيض القولون حالات نادرة ومعدودة ولكنها تعتبر صورة من صور الانتقال الخلقى للغشاء الرحمى Endometriosis «الإندومتريوزز» وفى هذا المرض بصورته التى نعرفها فإننا نجد جزءاً مهاجراً من الغشاء المبطن للرحم قد انتقل إلى القولون وعادة ما يكون ذلك الجزء هو المستقيم أو قولون «السجمويد» لأنّ الجزء الأول أقرب إلى الرحم يليه الجزء الثانى ويكمن الجزء المهاجر فى تجويف القولون، ويكون مغطى بالغشاء المخاطى للقولون ويزداد فى الحجم فى اتجاه تجويف القولون فإذا أحاط نسيج غشاء الرحم بالقولون فإنه يحدث انسداداً.

وفى هذا المريض يوجد ألم شهرى بالقولون فى فترة حدوث الطمث مع وجود عدم ارتياح مصحوباً بإسهال أو إمساك فى هذه

الحالة عند عمل منظار قولون يوجد بالغشاء المخاطي للقولون، ولا يمكن رؤية النسيج المهاجر. وكذلك الفحص بعمل أشعة بالباريوم على القولون فهي أيضاً لا تظهر المرض الصغير، ولكنها تظهر الغشاء المخاطي للقولون الموجود فوق الجزء المهاجر سليماً. والعلاج في هذه الحالة يكون جراحياً إذا كانت الإصابة كبيرة أما في الحالات الصغيرة فيمكن علاجها هرمونياً. ويعرف التاريخ حالات نادرة لأنسجة مهاجرة نذكر منها حالات الخط اللبني فيوجد خطان لبنيان بالإنسان على طول البطن تمثل في التشريح المقارن خطي الأثدية في القطن والفقاريات التي تُرَضع صغارها بينما يوجد في الإنسان ثديان فقط في منتصف الصدر ولكن الخطين اللبنيين يمتدان في المنطقة السفلى من البطن في الجهة اليمنى واليسرى. وفي متحف التشريح بجامعة الإسكندرية يوجد سيّدة لها ثدي كامل بالفخذ الأيمن وبيدو ابنها في الصورة بجانبها يرضع من ذلك الثدي. بينما يرضع الابن الآخر من ثديها الذي بصدرها. والخطان اللبنيان يمكن أن نرى فيهما حلمة ثدى بدون أنسجة ثديية كاملة. وأما الثدي الذي بالفخذ فهي حالة هجرة لنسيج الثدي، وحدوث حلمة كاملة. ولذلك فهو صالح لإدرار اللبن للرضاعة. وقد شاهدنا مئات الحالات من الأثدية الضامرة في الخطوط اللبنيّة في الرجال، والنساء.

وفي الحالة النادرة التي ذكرنا فيما يختص بنسيج الرحم فإن هذه الحالة لا تحتاج إلى علاج ما لم تكن هناك مضاعفات حيث يتم

تحديدها واستئصاله وتوصيل القولون. وإذا استمرت دون علاج حتى بلوغ سن اليأس عند المرأة.. وهى السن التى يتوقف فيها الإنجاب ويكف الحيض عن عادته الشهرية فإن المصابة تبدو طبيعية جدا ولا تشعر بأى شىء.

#### هـ - الاختلاف الخلقى فى الأوعية الليمفاوية بالقولون:

الأوعية الليمفاوية هى أوعية دقيقة توجد فى جميع أعضاء الجسم ولكنها تكتسب أهمية خاصة فى الجهاز الهضمى حيث إنها هى التى تحمل الليمف إلى الدورة الدموية عبر الأوردة.

وقد يحدث اتساع غير طبيعى فى تلك الأوعية الليمفاوية فى الجهاز الهضمى والقولون ويؤدى ذلك إلى زيادة فى سُمك المساريقا وتضخمها حيث تقل حركة السائل الليمفاوى المتصر من جدار الأمعاء والقولون داخل تلك الأوعية الليمفاوية المتسعة خلقيا ولا تحتاج تلك الحالة إلى علاج طالما كانت مستقرة وقد تُعالج ببعض العقاقير الطبية التى تُساعد على تنشيط الحركة بها ولكن ذلك لا يُعتبر علاجاً نهائياً.

قد يحدث نفس ذلك العيب الخلقى فى الأوردة والشرايين وفى حالة الاستقرار لا يحتاج أيضاً إلى علاج ولكن قد يحدث أحياناً أن توجد اتصالات بين الأوردة والشرايين عبر الدورة الدموية الدقيقة فى نهاية المستقيم بالقرب من الشرج وهذا يؤدى إلى حدوث اتساع

بالأوردة ويؤدى إلى نزيغ من الشرج بعد إحداء البواسير مبكراً. وقد قيل كحكمة طبية: إن البواسير هى الضريبة التى يدفعها الإنسان ثمناً لمقدرته الوقوف على قدميه. فهى لا توجد فى ذوات الأربع.

## ٢ - الأمراض المكتسبة

وتنقسم الأمراض المكتسبة بدورها إلى عدة أنواع من الأمراض نستطيع أن نوجزها فيما يأتي:

### أولاً - الإصابات:

وهي تنتج عن تعرض الإنسان لحادث من ارتطام بسيارة.. سقوط من مكان مرتفع.. ضرب بألة على اختلاف أنواعها.

### ثانياً - الالتهابات:

وهذه الالتهابات قد تكون التهابات ميكروبية ناتجة عن الإصابة بميكروب وفي هذه الحالة إما أن يكون الميكروب معروفاً فيعرف المرض باسمه وإما أن يكون الالتهاب غير ميكروبي ويأخذ اسماً خاصاً مثل الالتهابات الموجودة في الاكزيما. وفي حالة الالتهابات الميكروبية قد تكون الالتهابات حادة إذا أتت في وقت زمني قصير ويمكن علاجها في وقت قصير مثل الالتهاب العادي أو الجرح الملتهب أو الخراج الحاد. أو يستمر لفترة طويلة أكثر من أسبوعين فيتحول إلى مزمن وإما أن يكون الالتهاب مزمناً من البداية مثل الدرن والجذام وغير ذلك.

## ثالثا - الأورام:

وتنقسم إلى أورام حميدة وأورام خبيثة التي تنقسم بدورها إلى أورام خبيثة سريعة النمو والانتشار «ساركوما»، وأورام خبيثة متوسطة الانتشار «أدينوكارسينوما». وسنتناول الأورام بالتفصيل فى الفصل الخامس.

## أولا - إصابات القولون:

إصابات القولون دائما تكون ناتجة عن حدث أدى إلى إصابة القولون وقد يكون هذا الحدث من خارج جسم الإنسان أو من داخله.

### ١- إصابة من خارج جسم الإنسان.

( أ ) حزام السيارة: على الرغم من أن ربط حزام السيارة بالنسبة للقائد والركاب يعتبر من علامات الأمان، ويعتبر ذا أهمية كبرى لأن السيارة إذا ارتطمت بجسم صلب وهى مندفعة بسرعتها فإن السيارة تتوقف فجأة وتحدث أشياء كثيرة. حيث يكون جسم الراكب فوق المقعد لا يزال متحركاً بنفس سرعة السيارة عند توقفها فيندفع إلى الأمام. وقد يرتطم الرأس بلوحة القيادة بالسيارة وبعد توقفها يعود الرأس إلى الخلف لتتخطى الرأس حدود المقعد. ولكن حزام السيارة - لأنه يبدأ فى جزئه العلوى عند الصدر - يمنع ارتطام الرأس بلوحة القيادة وعندما تعود الرأس إلى الخلف فإنها تجد المخدع

الموجود خلف الرأس فيمنعها من الامتداد إلى الخلف وهذا يمنع حدوث مرض Whiplash الحركة السوطية للرقبة، ويمنع تمزق العضلات المثبتة للرأس وإصابة الأعصاب المغذية لها والمتحركة في هذا المكان. أما بالنسبة للبطن فإن الجسم يندفع إلى الأمام بينما يقاومه الحزام بقوة عكسية تساوى قوة الاندفاع حسب قانون رد الفعل «لكل فعل رد فعل مساو له في القوة، ومضاد له في الاتجاه». وعند عودة البطن إلى الخلف فإنها تبتعد عن الحزام بسرعة وقد يؤدي هذا إلى ما نسميه بمرض «حزام المقعد» حيث يتمزق جزء من المساريقا وقد يحدث ذلك في مساريقا القولون. وفي هذه الحالة يوضع المريض تحت الملاحظة فإذا استقرت حالته يعود مباشرة إلى حياته العادية وإذا ظهر ما يستدعى التدخل فيمكن التدخل الجراحي ومنع ما يوجد من نزف وإصلاح المساريقا. أما إذا حدثت كدمات في الأمعاء أو القولون فهي عادة ما تلتئم بسرعة دون أى تدخل سوى العقاقير الطبية والملاحظة. ومن هنا فإننا ننصح أن يظل الجزء العلوى من الحزام كما هو ويتم تقديم مشبك الحزام الجانبى إلى الأمام قليلاً ويكون تصميمه فى جسم السيارة بحيث يكون الجزء المستعرض من الحزام على أعلى الأطراف السفلية. وأن يكون المخدع الموجود خلف الرأس ضرورياً جداً وجبرياً لكل السيارات لتفادى إصابة العنق وأسفل الرأس، وأعلى الوجه.

(ب) ارتطام الجسم بجسم صلب قد يصيب القولون.

(ج) إصابة المريض بألة حادة مثل السكين أو مطوأة قرن غزال.

(د) إصابة البطن بطلق نارى.

(هـ) دخول شظايا داخل البطن.

هذه الإصابات كلها وما على شاكلتها إصابات طارئة وعاجلة ويجب أن تنقل فوراً إلى المستشفى القريب حيث يتم التعامل معها وفى حالات كثيرة يكون القولون مصاباً نظراً لطوله ولأنه ملتف حول البطن ويتم تشخيصها فى غرفة العمليات عادة.

ولما كانت عمليات القولون يلزمها تحضير القولون بطريقة خاصة للتخلص من الفضلات والبكتريا والميكروبات فإن هذه العمليات العاجلة تتم على مرحلتين فى المرحلة الأولى: يتم استخراج الجزء المصاب ويعمل للمريض «كولوستومى» أى فتحة قولونية يتم منها الإخراج حتى تلتئم الجراح تماماً وتتحسن صحة المريض.

فى المرحلة الثانية: يتم تحضير القولون كما هو متبع فى جراحة القولون ويتم قفل «الكولوستومى» وغلق الفتحة التى تم إخراج القولون المصاب منها وبذلك يعود كل شىء إلى أصله الطبيعى. ويمارس المريض حياته الطبيعية ويعود التخلص من الفضلات عن طريق الشرج.

## ٢- إصابة من داخل جسم الإنسان

### ١- إصابة الأوعية الدموية للقولون

١ - قد يحدث أحياناً أن يكون غشاء المساريقا الخاص بالقولون طويلاً عن الطبيعي تبعاً لطول جزء من القولون. وقد يحدث أن يلتف هذا الجزء حول نفسه وهذا يؤدي إلى نتيجتين. الأولى: حدوث انسداد دموى فى القولون، والثانية انتفاخ فى الجزء الملتف وألم شديد بالبطن.

٢ - تتأثر الأوعية الدموية المغذية للقولون فى منطقة الالتفاف وتقل كمية الدم الشريانى الواصل إلى الجزء الملتف حتى ينعدم. ولا بد من التشخيص المبكر لهذه الحالة والعلاج المبكر، وإلا تعرض ذلك الجزء للموت وحدوث غرغرينا مما يضطر الجراح المعالج إلى استئصالها وتوصيل الطرفين السليعين للقولون لذلك يستحسن التدخل الجراحى المبكر وفك الجزء الملتف وتثبيتته فى جدار البطن Colopexy. ويعرف هذا المرض باسم Vol Vulous.

### تشخيص الحالة:

يشعر المريض بألم شديد فى البطن مع وجود مضمض فى منطقة الالتفاف وقد يستريح قليلاً عند الضغط الخفيف باليد، ويزداد الألم ازدياداً شديداً عند رفع اليد فجأة عن البطن وتسمى تلك علامة الارتداد أو «الريباوند» وسببها هو الحركة المفاجئة للجزء المصاب مع

الرفع المفاجئ ليد الطبيب يزداد انتفاخ البطن وتكون الدائرة الملتفة بما يشبه الإطار الداخلى للعجلة عندما ينتفخ فيمتلئ بالهواء ويحيط بجميع جوانب البطن. ويصبح المريض فى حالة انسداد معوى فلا يخرج البراز أو الهواء من القولون إلى الخارج ويفقد الشهية، ويصاب بنوبات من الغثيان والقيء. ويبدأ الجسم فى فقدان السوائل والإليكترولينات وهى التى تؤدى إلى تأثير إلكترونى، وأخرى التى لها تأثير حمضى أو قلوئى على سوائل الجسم. وتلك أشياء حيوية وهامة لكى تقوم أعضاء الجسم بوظائفها بطريقة سليمة من أجل الحفاظ على الإنسان. ويعمل أشعة للجسم واقفاً ويلاحظ وجود مستويات متعددة لسطح السائل «علامة الانسداد المعوى»، وتوجد غازات كثيرة تأخذ شكل القولون الملتف الممتلئ بالغازات.

### العلاج:

يركب للمريض أنبوبة معدة لصرف السوائل المتجمعة وتعطى كمية من المحاليل لتحسين حالة المريض ويثبت الضغط عند الحد المطلوب.

تعطى مضادات حيوية لقتل البكتريا - بكتريا التخمر والتعفن خاصة ميكروب الـ «إى كولاى»، وتجرى عملية جراحية عاجلة لفك الالتفاف حتى نتغلب على الانسداد المعوى وحتى تعود الأوعية الدموية لضخ الدم بكامل كفاءتها.

ويستنشق المريض الأكسجين تحت ضغط حتى تتحسن حالة الجزء الذى أضير بعدم ضخ الدم إليه ، وتوضع عليه كمادات ساخنة معقمة حتى يحمر اللون وتعود الحركة إلى العضلات المرتخية ، ويثبت ذلك الجزء فى جدار البطن الداخلى حتى لا يحدث مرة أخرى. ولا بد من التخلص من السوائل الموجودة بالقولون الملتف بطرق طبية معروفة خوفاً من امتصاصها لخطورة تأثيرها على الجسم.

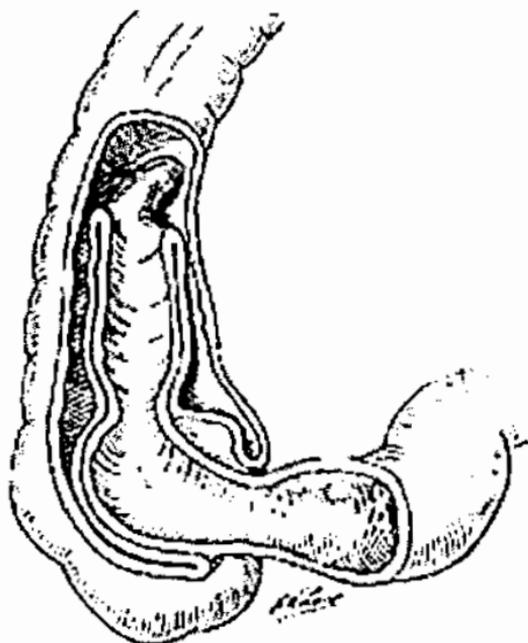
### ب - جلطة شريان القولون

قد يحدث أحياناً وجود جلطة بشريان القولون وهذه الجلطة تؤدى إلى انسداد جزء من الشريان وينتج تبعاً لذلك أن تتوقف الشرايين الصغرى المغذية للقولون عن توصيل الدم إلى جدار الجزء المقابل من القولون. ويؤدى ذلك إلى موت هذا الجزء من القولون ويشكو المريض من ألم شديد بالبطن وانتفاخ. وبعمل الأشعة العادية والأشعة المقطعية والكشف بالموجات فوق الصوتية يمكن تشخيص الحالة.

وبالنسبة للجراح المتمرس فإن التشخيص يتم بالفحص العادى ، وتعمل الأشعة فقط لتأكيد التشخيص. ويتم العلاج الجراحى باستئصال الجزء المصاب وتوصيل الأطراف السليمة للقولون بعد التأكد من التغذية الدموية الجيدة.

### ج- التداخل في القولون Intussusception

وهذا مرض يحدث عادة في الأطفال يقل في الصبا ويكاد ينعدم في البالغين والكبار إلا في حالات نادرة جداً. وفي هذا المرض يدخل الجزء النهائي من الأمعاء الدقيقة حاملاً معه الزائدة الدودية إلى داخل تجويف القولون عند بدايته مثل الشراب عندما تدخل فيه القدم. وهذا هو النوع الأول أما النوع الثاني فإن جزءاً من القولون يدخل في الجزء الذي يليه.



التداخل القولوني Intussusception

## التشخيص :

المرضى يشعر بألم بالبطن خاصة الجهة اليمنى مع وجود براز بمخاط مدمم مع علامات الانسداد المعوي وبالكشف عليه يوجد هذا التداخل القولوني تحت جدار البطن مثل قطعة «السجق» أو «المبار» مع مغمص شديد فوق تلك المنطقة. وعلاج هذه الحالة جراحى أيضاً ويجب أن يكون مبكراً، لأنه كلما مر الوقت حدث التهاب وتورم مكان التداخل وأصبح قابلاً لموت الأنسجة الداخلية أو صعوبة فك التداخل أثناء الجراحة، ومن الجدير بالذكر أن ندرة هذه الحالة فى الصبيان والكبار ناتجة عن أنها لا تحدث فى هذه السن إلا فى وجود ورم فى بداية الجزء الداخلى لشدة الحركة المستمرة للقولون وتدفعه دفعا إلى الدخول فى تجويف القولون ويكون الورم ممثلاً لرأس حربة. هذا الورم قد يكون ورماً حميداً فى حالة الصبيان مثل الحلمة الناتجة عن إصابة بلهارسيا القولون، أو قد يكون غير ذلك فى حالة الكبار وعلى كل حال يجب أن تستأصل ذلك الورم إذا كان موجوداً ثم يرسل للتحليل الميكروسكوبى الدقيق بعد إجراء خطوات معروفة وصبغه بالطرق المتعارف عليها لتحديد نوع المرض لاستكمال العلاج.

## د - القولون جزء من مكونات الفتق

الفتق هو عبارة عن نقص فى الطبقات العضلية المكونة لجزء من جدار البطن بحيث يبقى ذلك الجزء ضعيفاً مكوناً من

الغشاء البريتوني من ناحية تجويف البطن ملتصقًا بالجلد من الخارج ويختلف هذا المكان الضعيف في الكبر والصغر، ونظرًا لضعفه فإن الأعضاء الموجودة داخل البطن قد تخرج من ذلك المكان الضعيف وتكون جزءًا من محتويات الفتق. ومن هذه الأعضاء جزء من القولون. وفي حالة حدوث اختناق في الفتق فإن القولون يكون مهددًا باختناق وموت الجزء الموجود منه بالفتق وإذا تم التخلص من اختناق الفتق بالعقاقير الطبية أو الجراحة نكون قد عالجتنا هذه الحالة ولكن تبقى الحقيقة الواضحة أن الفتق دائمًا لا تصلحه سوى الجراحة.

### ثانياً: التهابات القولون

وهو ما يقصده أغلب المصابين بالقولون. وهو ألم في منطقة القولون مصحوبًا بعسر الهضم وإخراج الغازات. والصورة هكذا لا تعنى مرضًا ولكنه استسهال من تعب في الشرج وارتياح لهذا التشخيص. فالمريض قد استراح لأنه مريض بالقولون ويشاركه آخرون ويتعاطفون معه ومع الكلمة نفسها حتى إنها أصبحت كلمة شعبية متداولة في الوقت الذي لا تعنى فيه أية قيمة تشخيصية أو علمية. مصاب القولون هكذا يقول أليس هذا مرادفًا لمن يأتيك ويقول: أنا مصاب بالذراع؟!؟

والتهابات القولون قد تكون التهابات طفيلية أو بكتيرية أو فطرية أو مناعية.

## ١ - الالتهابات الطفيلية

وهذه الطفيليات تشمل عدداً كبيراً من الأنواع المختلفة. تعيش في تجويف القولون وتتغذى على المحتويات الموجودة به وهى أيضاً تحصل على غذائها من الغشاء المخاطى للقولون، نذكر من هذه الطفيليات على سبيل المثال لا الحصر.

### أ - الأميبيا:

وهى مخلوق حى وحيد الخلية يتغذى بالتصاقه بالغشاء المخاطى للقولون ويفرز مواد تسهل له الحصول على الغذاء وعندما يوجد فى الطور النشط فإنه يحدث التهابا بجدار القولون خاصة الجهة اليسرى السفلى حيث يوجد القولون النازل والسجمويد والمستقيم. وهذا يؤدي إلى حدوث آلام بالقولون وآلام منعكسة على الجهاز الهضمى والمعدة. وغالباً ما يؤدي إلى حالة الزحار الأميبى وهو وجود دم ومخاط بالبراز مع الميل إلى الذهاب المتكرر إلى دورة المياه لإحساس المريض الشديد بحاجته إلى التبرز وعادة لا يُخرجُ شيئاً سوى المخاط المدمم وفى حالاته الشديدة يحتاج إلى حجز المريض بالمستشفى وقد يوجد فى حالة الطور النشط والأكياس طور من أطوار الأميبا حيث تتكيس خلية الأميبا وتتكاثر داخل الكيس الأميبى وذلك بالانقسام العادى لينتج عن ذلك أطوار نشطة تحمل نفس عدد

الكروموسومات والأكياس الأميبية على رغم أنها توجد فى تجويف القولون إلا أنها لا تحدث تلك الآثار التى يحدثها الطور النشط. وبعد نمو الطور النشط داخل الكيس الأميبى يفتس الكيس الأميبى وتخرج منه أعداد من الطور النشط أحياناً أربعة أو ثمانية أو أكثر من ذلك. والأميبا نوعان الانتاميبيا هستولينكا والإنتاميبياكولاي وعند خروج الأميبا من الحوصلة أو الكيس الأميبى تكون نهمه ونشطة الحركة وتأخذ غذاءها من الغشاء المخاطى للقولون وتحدث قرحاً أميبية وبعضها يخترق جدار القولون ويسير مع تيار الدم الوريدى ليصل إلى الوريد البابى ومنه يدخل إلى الكبد وفى هذه الحالة يحدث التهاب بالمنطقة التى يوجد بها وقد يؤدى إلى حدوث خراج أميبى بالكبد..

ومن الجدير بالذكر أنه بعلاج الأميبا فإن الخراج الأميبى يتم شفاؤه فى أغلب الحالات ما لم يكن قد اختلط به أنواع مختلفة من البكتريا والميكروبات كإصابة ثانوية. وكما ذكرنا فإنها وحيدة الخلية والسيئويلازم بها يتكون من اكتبولازم واندوبلازم. وليس للأميبا شكل ثابت ويتم التفريق بين أى نوع من الأميبا والنوع الآخر باختلاف تكوين وتركيب نواة الخلية. وكذلك يتم التفريق بينهما بشكل الحركة وحجم وشكل الحوصلة الأميبية Amaebic cyst. فى الأحوال الطبيعية تبدر الأميبا نشطة تتحرك بالأقدام الكاذبة

”Pseudo podia“ وتتغذى وتتكاثر بالانقسام الثنائي. ولكن عندما تكون الظروف غير مناسبة فإنها تتحول إلى أكياس. ويوجد ستة أنواع من الأميبا:

١ - انتاميبا هستوليتكا

٢ - انتاميبا كولاي «قولون»

٣ - انتاميبا جنجفالز «لثة»

٤ - اندوليماي «نانا»

٥ - انداميبا أميبا بوتشلياي.

٦ - انتاميبا فراجيليز.

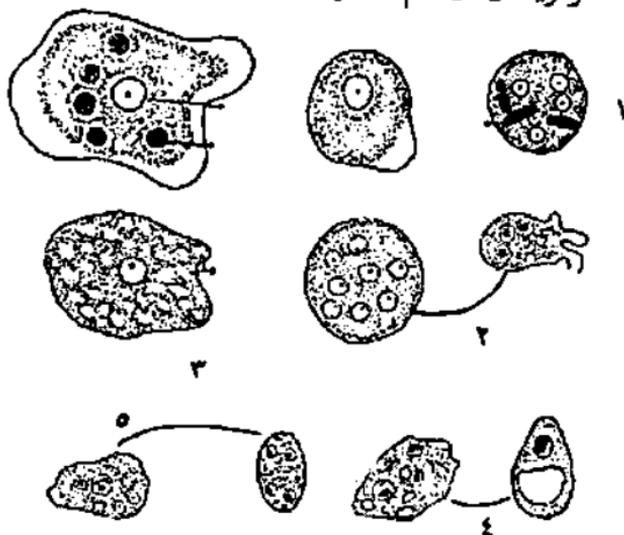
وكل هذه الأنواع تصيب الجهاز الهضمي فيما عدا الجنجفالز فإنها تصيب الفم وبالذات اللثة.

وسنتناول الانتاميبا هستوليتكا والانتاميبا كولاي بالشرح لأنهما الأكثر إصابة وعدوى للقولون.

### E. Histolytica انتاميبا هستوليتكا

يختلف حجمها من ١٠ - ٤٠ ميكرون. تعيش متطفلة على القولون ولا يمكن رؤية النواة بدون صبغ الخلية ولذلك لا بد من صبغ شريحة الأميبا للتعرف عليها والحوصلة الأميبية إما أن تكون مستديرة وإما بيضاوية. ويمكن إظهار الخلية الأميبية باستعمال صبغة الأيودين وتحتوى الحوصلة الأميبية على أربع نويات وعند وصولها إلى الفم تمر خلال المريء إلى المعدة والأمعاء ولا تتأثر بالمادة الحمضية الموجودة بالمعدة وتنقسم المحتويات وتتكون من ثمانى أميبات حية حيث تذوب الحوصلة فى القولون وينتج الطور النشط الحى المتطفل بالقولون وينتقل الطور المعدى فى حالة التحوصل عندما تكون به

أربع نويات وإلا فإنه يموت فى الجو أو يقتل بالمادة الحمضية فى المعدة فى حالة عدم وجود التحوصل. وفى حالة عدوى الماء بالأميبا فإنها يمك أن تعيش ٣ - ٤ أسابيع أما أكياس الأميبا فإنها تعيش تحت الأظافر ويمكن أن تتم العدوى عن طريقها.



الأميبا وتشمل أنواع الأميبا الأكثر أهمية:

- ١ - انتاميبا هستوليتكا. الطور النشط وما قبل التكييس ثم الانتاميبا متكيسة.
- ٢ - انتاميبا كولاي: التكور النشط وما بعد التكييس.
- ٣ - الانتاميبا فراجيليز.
- ٤ - الغاتا: الطور النشط وما بعد التكييس.
- ٥ - انداميبا أميبا بوتشلياي: الطور النشط وما بعد التكييس.

## إنتاميبا كولاى E- Coli

الطور المعدى من ١٠ - ٣٠ ميكرونًا والأقدام الكاذبة غير نامية ولذلك فهي ضعيفة الحركة. وهذا النوع من الأميبا يعيش على سطح الغشاء المخاطى ولا يتوغل داخله وتتكاثر بالانقسام الثنائى العادى وتنقسم النواة إلى ثمانى نويّات فى الحوصلة الناضجة للأميبا. وقد تمر فيه الأطوار الدقيقة ذات الحجم ١٠ ميكرونات وتصل إلى الكبد بكميات كبيرة قد تؤدى إلى حدوث خراج بالكبد. ولكن عادة ما يتم العلاج بالعقاقير الدوائية القاتلة للأميبا دون الحاجة إلى أى تدخل آخر ما لم يكن هناك ميكروبات أخرى معدية. ويمكن علاج الأميبا بمعرفة الطبيب المعالج ويستحسن أن يُعمل تحليل براز لجميع أفراد الأسرة ليتم علاجهم فى وقت واحد.

ولكى يقى الإنسان نفسه من الأميبا ومضاعفاتها يستحسن الاهتمام والعناية بقص الأظافر. وغسل اليد جيداً بالماء والصابون قبل الأكل وبعده، وتطهير اللثة وتنظيفها، وغسل الخضراوات جيداً.

## ب - الديدان الاسطوانية :

مثل دودة الإسكارس. وتعيش ديدان الاسكارس كطفيل متطفلة على الغذاء الذى يتناوله الإنسان سواء فى الأمعاء الدقيقة أم الأمعاء الغليظة. ومن الجدير بالذكر أن ديدان الإسكارس قد تسير متجهة إلى أعلى وكثيراً ما سمعنا ورأينا مصابين بالإسكارس يتقيئون دودة أو أكثر. هذا على الرغم من أن درجة الحموضة بالمعدة أو القلوية بالإثنى عشر لا تتناسب مع البيئة الحياتية للإسكارس.

وقد يحدث أيضاً أن تدخل دودة الإسكارس فى القناة المرارية وتؤدى إلى انسداد مرارى وتظهر الصفرة على جلد المريض وبياض عينية. ويعالجها تموت الدودة وتحلل وتعود القناة المرارية لتقوم بوظيفتها العادية.

وقد يحدث أيضاً أن تدخل فى الزائدة الدودية محدثة التهاباً حاداً بالزائدة قد يؤدى إلى إجراء عملية جراحية لاستئصال الزائدة.

## ج - الديدان الخيطية «الأكسيورس»

وهى ديدان صغيرة ورفيعة. وتعيش فى القولون. وتكثر عادة فى الأطفال وتؤدى إلى حكة فى فتحة الشرج، ويظهر ذلك بصورة واضحة أثناء الليل فتخرج الديدان من الشرج وتحدث وخزاً يؤدى إلى النوم المتقطع لدى الطفل وتظهر بويضاتها فى تحليل البراز وقد

تظهر الدودة نفسها. يؤخذ العلاج بالجرعة التي يحددها الطبيب  
المعالج كى تكون متناسبة مع سن المريض ووزنه.

فى حالة الاكسيورس يجب دهن الشرج بمرهم الراسب  
الابيض قبل النوم أثناء فترة العلاج وذلك حتى لا تحدث  
حكة الشرج، ولكى تلتصق الديدان بالدهان. وهكذا يكون هناك  
عازل بين الدودة وجلد المريض عند منطقة الشرج. ولأن  
العدوى بالأكسيورس سهلة جدا بين أفراد الأسرة الواحدة فلا بد  
من أن يتم التحليل لجميع أفراد الأسرة وأخذ العلاج لهم فى  
وقت واحد. ولا بد من الاهتمام بقص الأظافر. والطرق الوقائية  
حيث إن بويضات الأكسيورس قد تختفى تحت الجزء الخارجى  
من الأظافر.

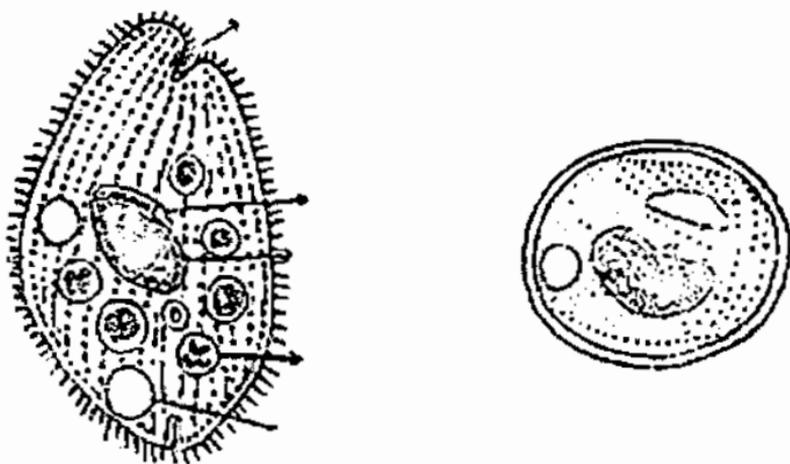
#### د - الهتروفس هتروفس

الهتروفس هتروفس هو ما يسمى «بدودة السمك» وهذا الطفيل  
يتطفل على الجهاز الهضمى للإنسان. ومنه القولون وينتقل إليه عن  
طريق السمك وخاصة عند بعض الشعوب التى تأكل السمك نيئاً  
كوجبة متميزه. أو أكل السمك دون أن يتم تسويته جيداً على النار  
حتى يموت طور الطفيل بفعل تأثيره بدرجة الحرارة. أما إذا أكل  
السمك وهو لازال يحمل الطور الحى بداخله فإن الطفيل ينتقل  
إلى الإنسان. ويمكن تشخيصه بتحليل براز المريض وإذا ثبت

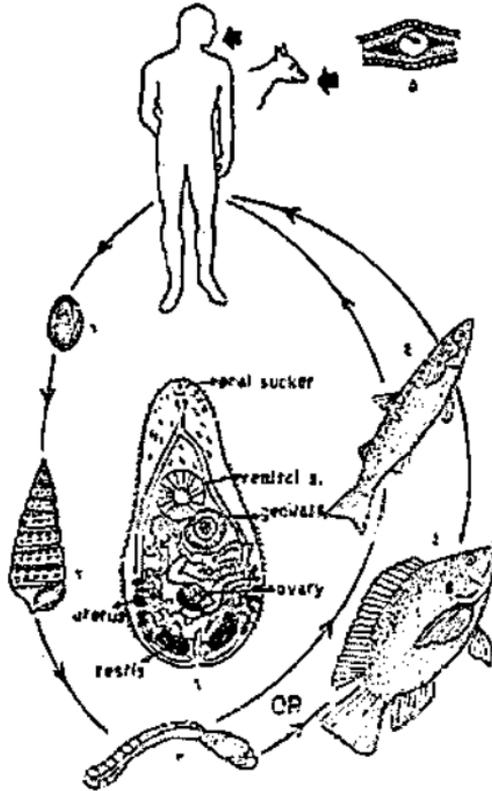
وجوده فإن المريض لابد أن يلجأ إلى طبيبه كى يصف له العلاج المناسب والمطلوب.

### هـ - البلانتيديم كولاى

وهى من الطفيليات الأولية أحادية الخلية ويظهر فى صورتين. الطور النشط والطور المتحوصل. ويعيش فى القولون وهو وحيد الخلية.



البلانتيديم كولاى  
الطور النشط والتكيس



### دورة حياة الهتروفيس هتروفيس

- ١ - البيوضة.      ٢ - قوقعة البيرينيليا كونيكيا.  
 ٣ - السركاريا.      ٤ - السمكة يتطفل عليها الطفيل.  
 ٥ - ميتاسركاريا متكيسة.      ٦ - الطفيل الناضج.

ويؤدى الطفيل طوران حياته متطفلا على الإنسان

## و - الطفيليات السوطية:

### ١ - الجيارديا لامبليا:

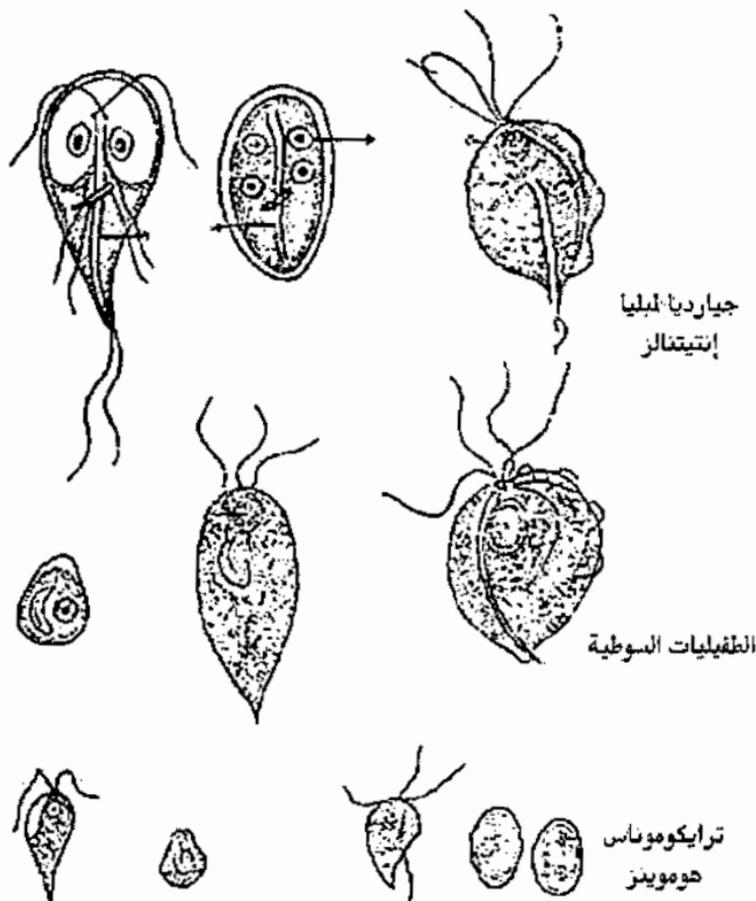
وهى نوع أكثر رقياً فى السلم الحيوانى حيث إنها لا توجد بها أقدام كاذبة. ولكن يوجد بها أسواط فى مقدمتها تمكنها من الحركة التى تكون أكثر سرعة من الأميبا. وهى تُحْدِثُ ألماً وتقلصات بالأعضاء مع ليونه غير طبيعية. وتعالج بنفس علاج الأميبا.

### ٢ - الترياكومونس هومونيز:

يعتبر مثل الجيارديا لامبليا من الطفيليات السوطية ويعيش فى الجهاز الهضمى فى القولون ويوجد نوع آخر منه هو الترياكومونس فاجينالز وهو يصيب الإناث ويعيش دائماً فى المهبل والجهاز التناسلى ويحدث به ألماً بها وحكة وشعوراً بالضيق والقلق لأنه دائم الحركة بأسواطه الأمامية وكذلك بطريقة حصوله على المواد الغذائية اللازمة.

والطفيليات التى تصيب القولون كثيرة وتُحْدِثُ ألماً بالبطن وأحياناً إسهالاً مصحوباً بكمية من المخاط. ولذلك فإنه من المهم جداً الالتزام بأبسط القواعد فى آلام البطن وذلك بتحليل البراز للتأكد من خلو المريض من الطفيليات أو إثبات وجودها وعلاجها وربما هذا هو المقصد بقول المريض لطبيبه «أنا عندى القولون».

ومن هنا أيضاً نرى أن أمراض القولون كثيرة ومتعددة حاولت أن  
أذكر بعضاً منها والأكثر شهرة وانتشاراً الأكثر ظهوراً ووضوحاً  
ولفتنا للأنظار.



## س - الديدان الماصة «الانكيلوستوما»

كلمة انكيلوستوما ومركب من مقطعين «ستوما» ومعناها فم و«انكيلو» بمعنى الذى يستطيع أن يثبت. والاسم يصف الحالة تماما فالدودة أو الطفيل المذكور يتميز بفمه الذى يحمل مصاصات حادة يمكن بها أن يثبت الطفيل فى جدار القولون ويمتص منه غذاءه وهو يحدث آلاما بالبطن وإثارة للأعصاب اللاإرادية مما يؤدي إلى انقباض عضلة القولون محدثة تقلصات مؤلمة. وتتعاقب الأيام يصاب المريض بفقر الدم وشحوب الوجه وفقد الحيوية نتيجة للفقدان المنتظم المستديم للدم وإن كان بكميات قليلة لا يشعر الإنسان بخطورتها.

وتظهر بويضات الانكيلوستوما فى التحاليل كدليل دامغ على وجودها بتجويف القولون.

تستجيب الإنكيلوستوما للعلاج الطبى سريعا. ويحتاج المريض إلى الحديد وفيتامين «ب» المركب لتجديد الدم المفقود يضاف إلى ذلك التغذية الجيدة. والإكثار من الفواكه والخضراوات الطازجة بعد غسلها جيدا حتى لا تكون هى ذاتها مصدرا للعدوى.

## ٢ - الالتهابات البكتيرية:

وهذه الالتهابات تنتج عن وجود بكتيريا تصيب القولون وقد تنقل له هذه البكتيريا والميكروبات عن طريق الدم، أو مباشرة عن طريق

الغذاء. مثل ميكروب السالمونيلا والشجلا والكوليرا وجميع أنواع التيفود. وهذه الأمراض تؤدي إلى ارتفاع في درجة الحرارة والقى، والعزوف عن الطعام فيما عدا الكوليرا التي تؤدي إلى انخفاض في درجة الحرارة والقى، والإسهال المتكررين مما يؤدي إلى الجفاف القاتل. ومنها أيضا بعض الأمراض القاتلة كالبوتوليزم. والأمراض الموجودة في المعلبات الفاسدة غير الصالحة للاستعمال الآدمي. ولا بد من العرض على الطبيب لإعطاء العلاج اللازم واتخاذ الإجراءات الوقائية للحفاظ على صحة المخالطين.

وقد حدث تقدم كبير في الصناعات الدوائية في العقود الأخيرة أدى إلى تسهيل علاج الأمراض الميكروبية.

### ٣ - الالتهابات الفطرية:

قد يصاب القولون بالتهابات فطرية ضارة مثل فطر الكانديدا خاصة إذا كان المريض في حالة ضعف صحي. ويمكن علاج هذه الحالات بمضادات الفطريات كالمايكوستاتين وغيرها.

### ٤ - الالتهابات المناعية:

منذ بداية تكوين الجنين في بطن أمه تتكون لديه بداية منطقة مركزية مسنولة عن الدفاع عن الجسم ضد الغريباء. هذه المنطقة ترسل عيونها لها من أعضائها يتجولون داخل حدود الجسم كله وعند

تعرض الجسم لشيء غريب تجرى تلك العيون أو العنَسُسُ مسرعة لنقل تلك الرسالة الخطيرة إلى المنطقة المركزية التي ينعقد مجلسها فوراً لقراءة وتحليل البيانات الموجودة. ويقرر إرسال كتيبة أخرى إلى نفس المكان للتعرف على القادم الجديد هل هو من الذات أو لا ينتمى إليها؟.. والذات هنا معناها الجسد كله. ولدى كل عضو من خلايا الدفاع مقدرة على التعرف على الذات لا يمكن أن يخطئها. ولذلك فمن ليس منتمياً إلى الذات فهو عدو. وقادم يستحق الإبادة. وبناءً على ذلك تذهب الخلايا البيضاء القاتلة بأوامر مركزية للقضاء على الدخيل على الذات وفي لحظات قليلة تبدأ المعركة بين الفريقين ونسمى ذلك بالتفاعل المناعي وتكون عادلة ومنصفة. هذا الجهاز النووى الدفين سريع الحركة هو الجهاز المناعي للجسم وأفراده هي الخلايا البيضاء بأنواعها المختلفة «اللمفوسايت واليوسينوفيل والبيزودوفيل. والمونوسايت» وكل نوع له وظيفته الخاصة التي يقوم بها بكفاءة ودقة ومهارة عالية. وأحياناً تصاب خلايا التعرف فى المنظومة الدفاعية للجسم. هذه الخلايا تصبح مقدرتها على التعرف على الذات ضعيفة. ولذلك فإن معلوماتها التي تنقلها إلى المنطقة المركزية تكون معلومات غير دقيقة فقد تنقل عن خلايا من الجسم أى من الذات على أنها جسم غريب فتسارع الفرق المختلفة لمقاومتها ولكنها تجدها خاصة بالذات. والأمر الذى لديها هو الاشتباك فتبدأ فى تنفيذ الأوامر ويشتبك الاثنان معاً فى معركة خاطئة وتصبح الخلايا المقاومة الخاطئة بالذات هى التى تحارب

الذات أى إن الجسم يحارب نفسه وتسمى هذه الأمراض بالأمراض المناعية الذاتية. أو أمراض "Auto Immune" كما يحدث فى مرض الروماتويد والذئبة الحمراء وغيرها.

قد يحدث ذلك أيضا فى القولون فى مرض كرون "Chron's disease" وكان هذا المرض سابقاً يسمى "Rejional ileitis" التهاب منطقة الأمعاء الدقيقة. ولكن بإلقاء الأضواء على ذلك المرض وجد أنه يصيب أية منطقة على امتداد أنبوبة الجهاز الهضمى ابتداء من المعدة ونهاية القولون. وهذا المرض مرض مناعى ذو منطقة واحدة، وفى حالة القولون قد يصيب إحدى مناطقه مسببا التهابات فى تلك المنطقة، هذه الالتهابات لا تستجيب للعلاج بالمضادات الحيوية لأن سببها ليس ميكروبا، ومن المعروف أنه عندما يقتل الميكروب المسبب للالتهاب فإنه يتم شفاء الالتهاب ولكن فى حالة الالتهاب المناعى الذاتى فإن الحالة تحتاج إلى رعاية طبية خاصة وقد يحتاج إلى استئصال الجزء المصاب لأن ذلك المرض يؤدي إلى مضاعفات شديدة مثل.

### الحلمات الأسرية:

وقد وجد أن تلك الترجمة هى أقرب شىء إلى اسم المرض نفسه واسمه "Familial polyposis" وهو التهاب مناعى فى القولون، وعادة ما يكون وراثيا وهو التهاب فى الغشاء المخاطى للقولون بحيث يفقد

الغشاء المخاطي نعومته وتظهر به حلمات صغيرة كثيرة العدد وتمتد في القولون وقد تغطي سطح الغشاء المخاطي للقولون كله وتزداد تلك الحلمات في الحجم وتفرز كميات كبيرة من المخاط، ونزف يتم إخراجها عن طريق الشرج و عند أخذ عينات للتحليل من تلك الحلمات فإنها تكون حلمات حميدة وبامتداد الوقت تتحول إلى أورام خبيثة في القولون تحتاج إلى الاستئصال الجراحي - هذا المرض يحمل الصفة الوراثية وهذا واضح من اسم المرض. مثل هذه الأمراض أذكرها في هذا الكتاب عن القولون. حتى يكون القارئ الكريم على بينة منها ولكن تلك الأمراض يتم التعامل معها بواسطة الطبيب المتخصص ومن الخطأ الشديد أن تكون هناك أية محاولات علاجية أو أي مدخل لغير المجال الطبي وحده.

### أشكال الحلمات:

١ - (Sessile) هذه الحلمة تتصل بجدار القولون وتلتحم به بقاعدة عريضة وتصل التغذية الدموية إليها عبر تلك القاعدة وهي عديمة الحركة.

٢ - (Pedunculated) هذه الحلمة تتصل بجدار القولون وتلتحم به بواسطة عنق غير عريض تمر عبره التغذية الدموية. وهذا النوع من الحلمات سهل الحركة في كل الاتجاهات. وتوجد تلك الحلمة بكثرة في القولون المريض وتبدو كنباتات كثيرة من القرنبيط أو البروكلي

وقد زرعت فى الأرض فغطتها وهى سهلة التشخيص بالمنظار الضوئى حيث يمكن رؤيتها واضحة وأخذ عينات منها لتحديد نوعية الخلايا وهذا المريض يفقد كثيراً من احتياجات الجسم خاصة من البروتين والأملاح، وإذا أمكن الحفاظ على صحة المريض جيدة بالتغذية الجيدة الغنية بالبروتينات والأملاح فلا بد من المتابعة الدورية للمريض لأخذ عينة جديدة والتأكد من عدم تحولها إلى أورام خبيثة. وإذا عملت أشعة الصبغة على القولون فإن تلك الحلمات تظهر كأجسام شاغلة محتلة لأماكن داخل الصبغة المنتشرة فى القولون: "Space occupying Lesions" وقد لوحظ بالمتابعة أن هذه الحلمات تظل حميدة وعند سن الأربعين تكون قد تحولت إلى أورام خبيثة. إذا عاش المريض إلى هذا العمر. وتختلف حدة الأعراض من حالة لأخرى حسب كمية الحلمات والحالة العامة للمريض ومدى العناية والرعاية الصحية التى تبذل له وهو من الأمراض التى تحدث قلماً شديداً للمريض وفى محيط الأسرة وهو من الأمراض التى يضع فيها الجين الوراثى بصمته على المريض والأسرة معاً.

## قرح القولون

يصاب القولون بالقرح فى أمراض كثيرة، وكما هو الحال فى المعدة فإن قرح القولون لا تشفى إلا بالعلاج وكما تتعدد الأسباب فى المعدة مثل القرحة المتعارف عليها ومثل القرحة العملاقة كما فى مرض

«زولنجراليسون» نتيجة لأمراض فى البنكرياس والقرح الناتجة عن  
علاجات الروماتيزم وغير ذلك فإن القولون أيضاً توجد به قرح  
متعددة نذكر منها:

#### ١ - قرح البلهارسيا:

وتنتج تلك القرح عن وجود حلمات بلهارسيا فى القولون وخاصة  
ذلك النوع ذا العنق الطويلة وقد تلتف تلك العنق ويحدث لها بتر  
طبيعى أى تموت بذاتها وفى هذه الحالة فإنها تترك قرحة مكان  
اتصالها بجدار القولون هذه القرحة تكون مزمنة ولا يمكن شفاؤها  
إلا بعد العلاج من المرض الأسمى وهو البلهارسيا وقد تحدث بويضات  
البلهارسيا فى مناطق صغيرة بالقولون مليئة ببويضات البلهارسيا وتم  
التفاعل المناعى معها وحولها فتؤدى إلى وجود مناطق محببة مثل  
حبيبات الرمل هذه المناطق قد يلفظها جسم القولون تاركة وراءها  
قرحاً كبيرة وإذا كانت أكثر من منطقة متحدة مع بعضها فإنها  
تحدث القرحة المتعلقة ولا يمكن شفاؤها إلا بعد العلاج الكامل  
للبلهارسيا.

#### ٢ - قرح الأميبيا:

وهذه القرح تكون قرحاً متعددة تحدثها الأطوار المختلفة لطيفيل  
الأميبيا ليختبئ بها فى جدار القولون وتكون هذه القرح كثيرة العدد  
والغشاء المخاطى بين القرح يكون سليماً وتكون دائماً فى منطقة

القولون النازل والسجمويد والمستقيم وتقل في العدد كلما اتجهنا إلى أعلى. وتعتبر تلك القرحة خطوة متقدمة تشير إلى ضراوة البلهارسيا لتركها تجويف القولون وغزوها لغشائه المخاطي وبذلك تكون داخل جدار القولون نفسه قريبة من الأوعية الدموية الوريدية مما يسهل وصولها إلى الكبد وهذا معناه أن الأميبيات تعرف طريقها جيداً وتحاول أن تصل إليه بشراستها حتى ولو أحدثت القرحة المتعددة في القولون مادام ذلك سوف يسهل لها طريق الوصول إلى مأربها.

### ٣ - القرحة التيفودية:

قد يحدث ميكروب التيفود قرحاً بالقولون كجزء من الجهاز الهضمي وذلك بعمل التهاب في جدار القولون وإفراز مواد تسهل إذابة الجدار. هذه القرحة تصير عميقة وقد يحدث أن تتفجر القرحة فتتسرب محتويات القولون إلى تجويف البطن محدثة التهاباً شديداً بالغشاء البريتوني فيحتاج إلى التدخل الجراحي السريع - وكثيراً ما تُحدث قرحاً بالقولون نتيجة للإصابة بطفيليات ذات الفم الماص الذي يدخل في الجدار للحصول على التغذية.

### ٤ - القرحة المناعية:

وقد تحدث أحياناً قرحاً بالقولون نتيجة للتفاعلات المناعية وعادة ما تكون مصحوبة بنوع من الضغوط العصبية أو عدم تناول الطعام في أوقاته الطبيعية أو المحاولات المستمرة للتخسيس مثل لاعبات الباليه.

## ٥ - التهاب بلا هوية

هناك نوع من قرح القولون تنتج عنه بعض القرح القولونية ويسمى «القولون القرحي» «U-Colitis» ويوجد منه ٣ درجات:

١ - الدرجة البسيطة.

٢ - الدرجة المتوسطة.

٣ - الدرجة الشديدة.

وهذا المرض غير معروف السبب وقد توجد به تفاعلات مناعية ولكنه دائماً يكون مصحوباً بالضعف النفسية وعدم الانتظام الغذائي والعمل الذهني المرهق ويحدث فيه آلام بالبطن ويشكو المريض من حالة إسهال متكرر مع وجود إحساس بعدم التفريغ الكامل ويكون البراز مصحوباً بدماء ومادة مخاطية وإذا لم يتم العلاج يتم فقدان فسي الوزن مع نقص في الهيموجلوبين وأنيميا تزداد شدته مع استمرار المرض - وتحليل البراز يتضح أن المريض غير مصاب بالطفيليات وإذا وجدت وتم علاجها فإن الحالة تستمر بلا تحسن ويعمل منظار ضوئي يمكن رؤية القرح وأخذ عينات منها وتحليلها فتثبت وجود المرض - ويحتاج العلاج لفترة طويلة حوالى ستة شهور لكى تستقر الحالة وعلاجه سهل وبسيط ويكون تحت الإشراف الطبي ويجب أن يتغذى المريض تغذية جيدة وطعاماً متكاملًا ولا يتناول الطعام الذى

يزيد المرض. وهذا المرض ليست له مضاعفات إذا تم علاجه بطريقة جيدة ويستحسن بل ويحبذ أن يزور طبيبه على فترات منتظمة. وقد يحدث فى أية سن بعد البلوغ وقد رأيت مرضى يعالجون منه لأول مرة بعد الخمسين ولا زالت الأبحاث قائمة فيما يختص بذلك المرض لاستكمال جوانب الغموض وفى تحسين العقاقير الخاصة به. ومما هو ثابت أن ذلك المرض موضعى لا يتعدى مكانه إلى أجهزة أخرى كالكبد أو الجهاز البولى والتناسلى وهو التهاب بلا هوية .

### مواطن هذا المرض:

يحدث هذا المرض عند الغربيين بنسبة ٥ - ١٠ / ١٠٠,٠٠٠ خمسة إلى عشرة أفراد لكل مائة ألف من السكان ويوجد اختلاف بين الأجناس «وليس الجنس» فهذا المرض تقل نسبته عن ذلك المعدل فى الأجناس السوداء كالزنج والأفارقة وتكثر نسبته بين الأمريكيين. ونسبة الإصابة به فى الرجل تعادل نفس النسبة فى المرأة ويحدث هذا المرض فى أية سنة من العمر ولكنه تكثر الإصابة به لتكون قمته بين ١٥ - ٢٠ سنة من العمر ويوجد ١٠ - ١٥٪ من مرضى هذا المرض لهم أقارب مصابون بالتهابات الأمعاء وقد أمكن إثبات تلك العلاقة بمتابعة ولادة التوائم المكونين من بويضة واحدة مخصبة والتي تنقسم فى داخل تجويف الرحم انقسامًا عادياً لتكون توأمًا فقد

وجد أن المرض يصيب الشخصين اللذين نتجا عن تلك الولادة بنفس المرض والوقت وهذا يدل على أن به جيناً وراثياً.

### الميكروب المسبب:

اتهم كثير من البكتريا والفيروسات فى الإصابة بذلك المرض ولكن بالتحليل وعمل مزارع للبكتريا يوجد ضعف فى الأدلة المؤيدة لذلك الاتهام، وقد وجد أن هناك علامات مناعية للمرض فى كسلا الجناحين اللذين يكونان الجهاز المناعى وهما التأثير المناعى فى بلازما الدم وكذلك فى الخلايا المناعية فى أنسجة الجسم وأن التركيبات المناعية التى تسير فى الدم قد تحدث احتقاناً بالهياة بالحلق أو المفاصل ولكن وجد أن ذلك أيضاً ينقصه الدليل الثابت وعلى ذلك يبقى التفاعل المناعى الذاتى "AutoImmune" كاحتمال لسبب حدوث المرض وتبقى الحقيقة الهامة أنه لا يوجد إجماع أو أدلة قاطعة على سبب ذلك المرض وتختلف الآراء فى سببه المباشر وتبقى حقيقة ثابتة أيضاً وهى أن التعرض للضغوط النفسية والفارق بين الآمال الكبيرة والأمانى الوردية وما هو موجود على الواقع الحقيقى ومن هنا حق القول على هذا المرض المسمى بشكله أى اسمه - مأخوذ مما يحدث فيه - حق القول عليه بأن نسميه «مرض بلا هوية» فهو ابته مجهولة على الأقل حتى كتابة هذه السطور وربما فى المستقبل القريب فى عصر التطور السريع والعلم الغزير تعرف هويته ويأخذ اسماً جديداً.

## الصورة المرضية:

تكون النوبة عادة هي الأكثر شدة ثم بعد ذلك يتميز المرض بالسكون والشفاء ثم الارتجاع. وقليل من المرضى يحمل صفة الإزمان وتحدد علامات المرض وشدته وعلاجه عادة بكمية أو طول الجزء المصاب من القولون وأهم صفات هذا المرض هي:

- ١ - براز مدمم سائل يحتوي على مخاط وصديد.
- ٢ - يكون التبرز دائماً مصحوباً بإحساس غير مريح في أسفل البطن على الرغم من أن الألم الشديد قليل بل نادر الحدوث.
- ٣ - قد يحدث شعور بالثقل "Tenesmus" والتعنية وذلك بسبب التهاب قناة المستقيم.
- ٤ - قد يوجد مضمض على الجهة اليسرى السفلى من البطن. ويحدث ارتجاع المرض عادة بعد انفعال وضغوط نفسية أو وجود التهاب ميكروبي أو استعمال المضادات الحيوية ولا يوجد أى خطر على المرضى الإناث أثناء الحمل والولادة والرضاعة. ويقوم الطبيب المعالج باختيار نوع الفحص اللازم لتشخيص المرض وعادة ما يكون منظار القولون لأخذ عينة وتحليلها هستوياتولوجياً "Histo Path Exam" ويقوم الطبيب بتحديد نوع العلاج والجرعة ومدة العلاج.

## مرض كرون "Chron's disease"

فى هذا المرض يحدث للمريض تقلبات غير ممكن التنبؤ بها فى المد والجزر أو الزيادة والانحسار أو التواجد بشدة ثم الاختفاء وهذا المرض يسمى أيضاً "Rejionail ileitis" أى التهاب منطقة محددة مثل الجزء الثالث من الأمعاء الدقيقة. ولكن بالمراقبة والمتابعة الدقيقة وجد أنه يصيب جزءاً أو منطقة محدودة من الجهاز الهضمى فسمى بعد ذلك باسم التهاب محدود بالجهاز الهضمى "Rejional enteritis" ومن هنا فإن الجزء المصاب هو الذى يحدد الأعراض المرضية لهذا المرض وعادة ما يكون الألم فى البطن هو الشكوى المتكررة فى هذا المرض وذلك لإصابة طبقة السيروزا أو الطبقة الخارجية المغلفة بالبريتون وعادة ما يكون ذلك فى الجانب الأيمن لأنه يصيب الأمعاء الدقيقة عند اتصالها بالمصران الأعور والقولون الصاعد بنسبة أكبر. وقد يكون الألم أيضاً بسبب الانسداد المعوى فى الحالات التى تأتى متأخرة بعد تقدم المرض وهذا الموقع عادة فى المنطقة اليمنى السفلى من البطن كما سبق شرحه فى الوصف التشريحي للقولون وبفحص المريض نجد أن ذلك المكان يوجد به ورم. إما نتيجة تلاصق أجزاء مصابة من الأمعاء وإمّا لوجود صديد بين تلك الأجزاء وبين منديل البطن. مكوئاً خراج داخل البطن. وإذا حدث انسداد معوى تظهر علامات الانسداد مثل الغص والمضض على عضلات البطن والشعور بالغثيان القىء مع وجود صوت مرتفع

لحركة الغازات داخل البطن «زغوره» تزداد مع حركة الأمعاء. والمريض بمرض كرون تتكرر معه هذه الأعراض المرضية فى حالة ازدياد المرض وتختفى عند انحساره وهذه الآلام تكون عادة مصحوبة بنوبات إسهال مع ارتفاع فى درجة الحرارة ونادراً ما يحتوى البراز على دم أو يتبرز المريض دمًا خالصًا أو مخاطًا أو صديدًا إلا فى حالات إصابة القولون بذلك المرض حيث إن المرض يصيب أى جزء فى القناة الهضمية. تصاب معظم الحالات بعدم امتصاص المواد الغذائية وعدم امتصاص الأدوية أيضًا ويكون البراز مليئًا بالمواد الغذائية المهضومة وغير المهضومة ويحدث نقص فى وزن المريض وضعف وهزال وتزداد عملية الهدم فى التمثيل الغذائى. يساعد على ذلك الشعور بالغثيان وعدم امتصاص حمض الفوليك وفيتامين «ب» مما يؤدى إلى الأنيميا وفقر الدم. وإذا حدث ذلك فى الأطفال فإن أهم ظاهرة هى التأخر فى النمو الجسدى. ومما هو جدير بالذكر أن حالات الإسهال الناتجة عن مرض كرون تكون مصحوبة بفقدان الصوديوم والبوتاسيوم والمغنسيوم والزنك من الجسم بالإضافة لفقدان السوائل والبروتين وهذه الأشياء جميعًا هامة جدا للجسم لكى يقوم بالوظائف العادية وينتج نقص تلك المواد فى حالة المرض للأسباب الآتية :

## ١ - البروتينيات:

يتم نقصها عن طريق تسربها من الغشاء المخاطي المتقرح. ومن خلال إفراز كميات كبيرة من المادة المخاطية ومن المعلوم أن المادة المخاطية تتكون أساساً من البروتين.

## ٢ - المواد الدهنية:

ينتج نقص وفقدان المواد الدهنية من نقص في السطح المتص للغشاء المخاطي وذلك لوجود مرض بأغلب الغشاء المخاطي أو لوجود بكتيريا في الأمعاء نتيجة لضيق الأمعاء الناتج عن المرض أو لوجود ناصور بالقولون إذا امتد المرض لإحداث الناصور وكذلك قد يحدث لوجود خلل في دورة الأملاح الصفراوية بين الأمعاء والكبد.

## ٣ - فيتامين د:

ويحدث نقص فيتامين «د» في جسم المريض أساساً بسبب وجود خلل في الدورة بين الأمعاء والكبد مما لا يمكن الجسم من الحصول عليه بالكميات اللازمة.

## ٤ - المواد الكربوهيدراتية:

وخاصة اللاكتوز يكون نقصه بسبب تحطم الغشاء المخاطي وعدم قدرته على امتصاص اللاكتوز، ولأن مرض كرون قد يصيب أى جزء

من القناة الهضمية فإن أعراضه المرضية قد تشبه قرحة المعدة أو التهاب القولون والأمعاء ويمكن بواسطة المنظار وأخذ عينة للتحليل الهستوباثولوجى الوصول إلى التشخيص النهائى، ومرض كرون من الأمراض التى يجب الاهتمام بعلاجها ومراقبة حالة المريض مراقبة دقيقة حيث إنه من الأمراض التى قد تتحول إلى أورام وإن ذلك المرض فى بعض مراحلها قد يحتاج إلى استئصال الجزء المصاب من القناة الهضمية وفى كل الأوقات يجب متابعة المريض متابعة دورية وإمداده بالمواد الأساسية اللازمة للجسم ولو كان ذلك بطريق غير الفم ويجب التدخل الجراحى فى الوقت المناسب إذا احتاج المريض إلى ذلك ويتم استئصال الجزء المصاب وإعادة توصيل القناة الهضمية ولا ينتهى ذلك بإجراء العملية الجراحية ولكن لابد بعد العملية من متابعة المريض متابعة دورية مستمرة خوفاً من حدوث المرض فى منطقة أخرى حتى يتم العلاج مبكراً أو إمداد المريض بالمواد اللازمة طبيياً والتى قد يحتاجها الجسم من الأملاح والمعادن النادرة ولازالت الأبحاث قائمة على قدم وساق للوصول إلى السبب الأساسى لذلك المرض، ولاكتشاف علاج قاطع له يُغنى عن العمليات الجراحية، والتهاب القولون التقرحى ومرض كرون لابد من تمييزها عن بعض الأمراض التى تحدث أعراضاً قد تكون مماثلة لها شكلاً ولكنها تختلف اختلافاً جذرياً فى الموضوع ومن هذه الأمراض :

أ - أمراض معدية وقد تحدث فيها العدوى بالانتقال من مريض إلى آخر مثل:

١ - مرض السالمونيلا Salmonellosis وهذا الميكروب هو الذى يحدث مرض التيفود ويكون دائماً مصحوباً بارتفاع درجة الحرارة ويعمل اختبار فيدال widal test يكون إيجابياً فى حالة وجود السالمونيلا.

٢ - مرض الشجلا Shigellosis وهذا الميكروب المعدى قد يصيب الجهاز الهضمى ومنه القولون ويحدث أعراضاً مماثلة ويمكن عمل التحليل اللازم لاكتشافه ويتم علاج الشجلا بعلاج خاص بذلك الميكروب.

٣ - كامبيلوباكتر: الذى يحدث التهاباً بالجهاز الهضمى ويمكن فصل الميكروب وتحديدته وعلاجه.

٤ - التهاب القولون الناتج عن الإصابة بميكروب السيلان "Gonorrhoeal colitis" ويمكن فصل الميكروب وعلاجه بالأدوية الخاصة بالسيلان.

٥ - الالتهابات الناتجة عن الكلاميديا.

٦ - الالتهابات الناتجة عن الهيرببس مبلكس "herpes simplex" وهو التهاب فيروسى يحدث بثوراً وقرحاً وآلاماً.

٧ - التهابات الغشاء الكاذب فى القولون وهى مشروحة بالتفصيل فى هذا الكتاب.

٨ - الإصابة بميكروب البرسينيا.

ب- أمراض غير معدية مثل:

١ - مرض نقص توصيل الأوكسجين للقولون نتيجة لضيق الشرايين.

٢ - الإشعاع الذرى الذى يؤدى إلى إصابة القولون والمستقيم.

٣ - انتشار مرض الليمفوما وهو من أورام الجهاز الليمفاوى وهذا يؤثر على القولون.

## أمراض خاصة تصيب القولون

### ١ - القولون العصبي IRRITABLE BOWEL SYNDROME

وهو من أكثر الحالات التي تصيب الأمعاء ومنها القولون العصبي وهو من الحالات التي تزداد وتستمر طويلاً مع المريض ويكون مصحوباً دائماً باضطراب في الأمعاء والقولون مصحوباً بآلام بالبطن وبالبحث والتدقيق والفحص الجيد لا توجد أسباب عضوية يؤدي إلى ذلك ويشكو المريض من حالات إسهال أو إمساك أو أن يحدث الإسهال متبادلاً مع الإمساك وكان هذا المرض في الماضي يسمى القولون المنقبض أو الإسهال العصبي التلقائي أي غير معروف السبب.

وعلى الرغم من أنه معروف عموماً أن اضطراب حركة القولون هي القاعدة الأساسية لذلك المرض فإن التغيرات المصاحبة التي تكون عادة هي السمات التشخيصية غير موجودة وفي هذه الحالات يكون إدخال أنبوبة في المستقيم مصحوبة ببلونة المانومتر تؤدي إلى حدوث آلام شديدة بالبطن عموماً وفي أجزاء مختلفة منها بخلاف ما يحدث مع الأفراد العاديين. غير المصابين بهذا المرض. وهذا يعني أن سبب المرض الأساسي هو اضطراب في حركة القولون وبقياس الحركة في نفس المريض يوجد أن هذا المرض مصحوب باضطراب في الحركة

فى الأمعاء الدقيقة والمعدة والمرىء وكذلك المثانة. أى إن المرض منتشر وسببه هو اضطراب فى الحركة. ولكن سبب ذلك غير معلوم.

فى بعض المرضى وجد عامل نفسى. خاصة الاضطراب النفسى ومنها التوتر. وأغلب المرضى هم هؤلاء الذين يهتمون بأمر الأسرة الحريصون على الأحوال المالية وقد يعزى بعضهم حدوث ذلك المرض للإصابة بالبكتريا ويرى آخرون أن بعض الأطعمة هى التى تحدث لهم هذا المرض.

### المظاهر المرضية:

يحدث هذا المرض فى الإناث أكثر كثيراً من الرجال، ويصيبهن بين سن العشرين والأربعين. ويحدث ألم فى الجهة اليمنى أو اليسرى السفلى الخارجية من البطن أو فى أعلى منتصف البطن فى منطقة المعدة وفى بعض الأحيان فى أماكن مختلفة مع شعور بعسر الهضم وقد يحدث راحة للمريض بعد التبرز، وقد يزداد الألم بعد الأكل وقد يكون الألم شديداً. وعادة ما تختلف مواعيد الإخراج. ويكون البراز على شكل شريط أو كرات صغيرة بدون وجود مخاط. الإسهال يكون بلا ألم ويحدث عادة فى الصباح وليس فى المساء. وقد يحتاج المريض للذهاب العاجل لدورة المياه بعد الأكل مباشرة والمظاهر المرضية الأخرى. تشمل حدوث انتفاخات بالبطن، خروج غازات بكثرة، وحدوث كركرة مسموعة بالبطن، وقد يصاحب ذلك

المرض الحاجة إلى كثرة التبول مع آلام فى البول.. بالفحص يوجد آلام على إحدى مناطق القولون وعادة ما يكون القولون الموجود بالحوض ويمكن إحساسه. وتجرى جميع الفحوص السابقة للمريض لاستثناء وجود مرض عضوى بالقولون وكذلك التحليل للبحث عن زيادة إفراز الغدة الدرقية، واستثناء مرض عدم تحمل اللاكتوز أو الإكثار من تعاطى الكحوليات فهذه الأشياء تقع فى بند آخر غير هذا المرض..

### العلاج:

لابد من طمأننة المريض أن هذا ليس مرضاً عضوياً، وأن زيادة التوتر تزيد المرض سوءاً، وأن هذا المرض ليست له علاقة بالأورام، ويشرح للمريض أن مرضه هو الاضطراب الحركى للقولون بطريقة مبسطة وسهلة الفهم، وأنها هى التى تحدث الألم، ويشرح للمريض طريقة التغذية فإذا كان المريض يعانى من الإمساك فلا بد أن يحتوى الغذاء على فضلات وبقايا. يوصف له بعض العلاجات الطبية التى تحدث مادة لا تمتص وذات قوام مثل أقراص الردة (Bran, Tabs) أو ميثيل سيليلوز ولا بد أن يوقف المريض فوراً أى علاج كيميائى لإحداث الليونة ويعطى أقراصاً مانعة للتقلص والميديفرين هيدروكلورايد يمكن أن يستعمل فى حالة الإسهال المصحوب بألم. ويتجنب المريض تعاطى اللبن

والفواكه الطازجة والسلطة فى حالة الإسهال غير المصحوب بألم وهذا يؤدى إلى تحسن شديد لحالة المريض وكثير من المرضى قد يستفيدون جيداً من علاج التوتر العصبى مثل تربيتامول وهذه الأدوية تصرف وتحدد الكمية المطلوبة وعدد الجرعات بمعرفة الطبيب المعالج فقط.

## ٢ - آلام المستقيم: Proctalgia fugax

وهذا المرض مصاحب دائماً لمرضى القولون العصبى ولذلك سأذكره فى مؤخرة هذا المرض وفيه يحدث للمريض ألم شديد فى المستقيم ويتمركز فوق محبس الشرج مباشرة ويستمر لبضع دقائق ثم ينتهى وهذا المرض ليس له علاقة بالاضطراب الحركى ولكنه قد يكون انعكاساً للقولون العصبى ويحدث فيه تقلصات فى العضلات الموجودة بالحوض ولا يوجد بالمريض أية علامات مرضية.

## ٢ - الإمساك:

هو الإخراج أقل من ثلاث مرات فى الأسبوع أو هو حدوث ألم وصعوبة فى الإخراج.. الشخص الطبيعى يخرج على الأقل مرة واحدة يومياً.

أسبابه :

#### أ - كمية الغذاء غير الكافية:

وفى هذه الحالة يتناول المريض كمية غير كافية من الطعام فيقوم الجهاز الهضمى بهضمها وامتصاصها ولا تبقى منها كميات كافية من الفضلات لكى يحتاج الشخص للإخراج وتظل الفضلات تتراكم فى كل مرة يتناول فيها الغذاء حتى تتكون كمية تكفى للإخراج فيقل عدد مرات الإخراج.

#### ب - الحياة المرفهة:

وفى هذه الحالة يكون الشخص دائماً فى حالة راحة واسترخاء فلا تقوم عضلات القولون بوظيفتها جيداً وعادة ما تكون الحياة المريحة جداً للفرد مصحوبة بطعام قليل الفضلات وعادة أيضاً ما تكون كمية التغذية قليلة نظراً لعدم حاجة الجسم كميات كبيرة من السعرات الحرارية فينتج عن ذلك حالة الإمساك.

#### ج - بعض الأدوية:

قد يحدث تعاطى بعض الأدوية إمساكاً مثل المسكنات، ومضادات الالتهابات. مضادات الحموضة التى تحتوى على عنصر الألمونيوم،

مضادات الاكتئاب النفسى، مدرّات البول، الأدوية التى تحتوى على مركب الحديد، الأمراض العضوية للشرح، والمستقيم والقولون، والاضطرابات النفسية والعصبية.

ومن الجدير بالذكر أن الإمساك ينقسم إلى نوعين:

إمساك بسيط: وأسبابه هى التى تم ذكرها الآن ويمكن علاجها كل على حدة حسب السبب.

إمساك شديد: ويحدث نادراً. وعادة يكون المريض أنثى. فى سنّ الشباب ولا تستجيب للعلاج بالتغذية ذات الفضلات الكثيرة بل يحدث فى الحقيقة أن هذا العلاج يزيد الحالة سوءاً وسبب ذلك أنه يوجد ضعف فى قوة الدفع فى القولون، وكذلك ضعف فى انقباض عضلات الحوض عند محاولة التبرز بقوة «الحزق» وهذه الحالة لا تستجيب لأى علاج. وتكتشف هذه الحالة، ويتم تشخيصها بدراسة حركة الأمعاء بالأجهزة الخاصة بذلك وتحتاج للعلاج الجراحى وقد يحدث أحياناً فى حالات الميجاكولون المكتسب أو فى الأشخاص عديمى الحركة والمقعدين على السرير بسبب مرضى أن تتراكم كمية البراز فى المستقيم ويمتص منها الماء وتصبح كالمادة الصلبة ولا تستطيع أن تمر عبر فتحة الشرج ويمكن إحساس تلك الكتلة الصلبة عند الفحص. ولعلاج تلك الحالة يمكن إعطاء المريض حقنة شرجية بزيت الزيتون وتتحرك محتوياتها

داخل المستقيم والقولون لكى تعود تلك الكتلة البرازية طرية مرة أخرى ويمكن إخراجها. وكذلك يمكن إخراجها يدوياً بعد لبس القفاز الطبي. ويتابع علاج المريض بعد ذلك باستعمال التغذية المناسبة والمحاليل المزيلة للإمساك وتقوية العضلات الخاصة بالإخراج.

#### د - الاستعمال الخاطئ للمسهلات:

بعض المرضى بحالات الإمساك المزمن يستعملون علاجات مسهلة للإمساك بطريقة عشوائية ولفترة طويلة وهذا ضار جداً بالمريض نفسه. ذلك لأن بعض الأدوية المسهلة قد تؤدى إلى ضمور فى الشبكة العصبية التى تنظم حركة القولون وبذلك يفقد القولون وجوداً منظماً يتحكم فى حركته فيركن إلى الخمول وهذا يزيد الإمساك عند المريض يبدأ أولاً بحاجته إلى كمية أكثر من المسهلات ثم ينتهى بزيادة الإمساك على الرغم من زيادة جرعة المسهل. وبعض الأدوية المسهنة مثل الأنثراكينون يؤدى إلى تأثير على الغشاء المخاطى للقولون وعدم قيامه بوظيفته كاملة وعند عمل منظار للقولون يلاحظ الطبيب تغيراً شديداً فى لون الغشاء المخاطى حيث يصير بنى اللون أو أسود وهى حالة تعرف باسم القولون المصبوغ *Melanosis coli* وكلمة ميلانوزز مشتقة من كلمة ميلانين وهولون موجود فى جسد الإنسان وهو الذى يحدد لون البشرة فعدم وجود الميلانين يجعل الجلد شديد البياض

وأيضاً الشعر وإذا زاد فإنه يجعل الجلد والشعر أسودين، وما بينهما تختلف الألوان حسب وجود كمية الميلانين. وهذا اللون أو الصبغة تتأثر بالشمس فيزداد لون الصبغة كلما تعرض الجلد إلى كمية أكبر من الشمس.

وفي حالة القولون اشتق اللون من الميلانين ومعنى ميلانوزكولاى أى القولون المصبوغ وعلاج تلك الحالات الناتجة عن الاستعمال العشوائى للمواد المسهلة لفترة طويلة من الزمن يحتاج إلى تخفيض تلك الكميات تباعاً وبالتدريج والعلاج اللازم تحت إشراف طبي وهذه الحالة تحتاج لعدة شهور حتى يتم العلاج من ذلك الإمساك، واستعادة الغشاء المخاطى الطبيعى، وإصلاح ما دمر من خلاياه وكذلك حتى تستعيد الشبكة العصبية اللاإرادية نشاطها ونموها من جديد.

من ذلك يتضح أن العلاج حتى فى حالات الإمساك التى قد يراها المريض سهلة إنما يحتاج إلى الحكمة والمعرفة، واتباع القوانين الطبية ومراعاتها جيداً.