

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

یکصد پرسش و پاسخ

درباره دستگاه گوارش

تألیف:

اریک گولد برگ و همکاران

ترجمه:

دکتر ماتم امدی

(هیات علمی دانشگاه فرهنگیان)

دکتر محمد آبیاری

(هیات علمی دانشگاه فرهنگیان)

دکتر ابراهیم فدایاری

عنوان کتاب: ----- یکصد پرسش و پاسخ درباره دستگاه گوارش
ترجمه: ----- ماتم امدی - محمد آبیاری - ابراهیم فدایاری
ناشر: ----- انتشارات پژوهش‌های دانشگاه
طراح روی جلد: ----- نعیمه مناف زاده
صفحه آرایه: ----- الهام اعرج فدائی
چاپ و صمافی: ----- مدیران
تیراژ: ----- ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: ----- اول/۱۳۹۸
شابک: ----- ۹۷۸-۶۰۰-۴۸۳-۲۳۰-۴
قیمت: ----- ۲۲۰۰۰ تومان



عضو انجمن ناشران دانشگاهی

انتشارات پژوهش‌های دانشگاه

عضو رسمی انجمن ناشران دانشگاهی



انتشارات پژوهش‌های دانشگاه
وزارت عالی و معارف و امور اسلامی

آدرس دفتر مرکزی: آذربایجان شرقی، تبریز، آبرسان، مجتمع تجاری بلور، روبروی کلانتری، داخل حیاط (ضلع شرقی)، پلاک ۳۹
تلفن‌های تماس بخش مدیریت: ۰۴۱۳۲۲۶۲۱۱۶/۰۴۱۳۲۲۶۴۶۶
بخش امور فنی: ۰۴۱۳۲۲۵۰۲۴۸
دفتر اهر: شهرستان اهر - میدان معلم - روبروی دارایی - انتشارات پژوهش‌های دانشگاه / دفتر اهر تلفن: ۰۹۳۰۸۱۴۸۴۸۶

[www. Unpb. org](http://www.Unpb.org) / Info@unpb.org [www. Pajohesh-daneshgah. ir](http://www.Pajohesh-daneshgah.ir) /
[Info@pajohesh-daneshgah. ir](mailto:Info@pajohesh-daneshgah.ir)

طبق قانون حمایت از حقوق ناشران و مؤلفان هر شخص حقیقی و حقوقی که تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه ناشر و مؤلف، نشر یا عرضه یا تکثیر یا تجدید چاپ نماید مورد پیگیری جدی قانونی خواهد گرفت و مطابق با جرائم قوانین اسلامی برخورد خواهد شد.

فهرست مطالب

مقدمه ۱۰

بخش اول: دستگاه گوارش

- ۱- دستگاه گوارش چیست؟ ۱۳
- ۲- کدام نوع از آزمایشها میتوانند سیستم گوارش را مورد ارزیابی قرار میدهند؟ ۱۱
- ۳- اغلب یبوست دارم، چگونه با دکتروم مطرح نمایم؟ ۱۴
- ۴- اغلب اسهال دارم، این به چه معنی است؟ ۱۸
- ۵- چگونه از وجود خونریزی در روده هایم آگاه شوم؟ ۲۰
- ۶- به طور غیرعادی وزن کم کرده ام حالا به دکتروم چه چیزی باید بگویم؟ ۲۱
- ۷- نفخ دارم، به چه معنی است و چه کاری باید انجام بدهم؟ ۲۲
- ۸- سندروم روده تحریک پذیر چیست؟ چگونه درمان می شود؟ ۲۴
- ۹- فکر می کنم پوستم زرد شده است، این به چه معنی است؟ ۲۶
- ۱۰- باردار هستم، این مسئله چه اثری بر سلامتی دستگاه گوارش می تواند داشته باشد؟ ۲۸
- ۱۱- کدام داروها ممکن است بر سیستم گوارش من اثر کنند؟ ۳۰

بخش دوم: مری، معده و اختلالات مربوط به اسید معده

- ۱- زخم چیست؟ ۳۴
- ۲- چگونه متوجه شوم که زخم دارم؟ ۳۵
- ۳- تشخیص زخم چگونه صورت می گیرد؟ ۳۶
- ۴- زخم چگونه تحت درمان قرار می گیرد؟ ۳۷
- ۵- هلیکوباکتر پیلوری (اچ - پیلوری) چیست و چگونه متوجه شوم که آیا آن را دارم یا نه؟ ۳۸
- ۶- چگونه باید اچ - پیلوری را درمان کنید؟ ۴۰
- ۷- سوزش سر دل زیادی دارم آیا این به معنی آن است که بیماری رفلکس معدی - مری (GERD) دارم؟ ۴۰
- ۸- بیماری رفلکس معدی - مری چگونه تحت درمان قرار می گیرد؟ ۴۱
- ۹- مری بارت چیست؟ ۴۴
- ۱۰- در بلع غذا و گاهی در بلع آب مشکل دارم، این به چه معنی است؟ ۴۵
- ۱۱- اغلب سوء هاضمه دارم آیا این نشانه ای از علایم جدی است؟ ۴۶

بخش سوم: بیماری های التهابی روده (IBD)

- ۱- بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو چه نوع بیماری هایی هستند؟ ۴۸
- ۲- چگونه IBD گرفته ام و آیا آن مسری است؟ ۴۹
- ۳- چگونه متوجه می شوید که بیماری کرون یا کولیت های اولسراتیو دارید و چه تفاوتی بین آن دو است؟ .. ۵۰
- ۴- چه آزمایش هایی برای تشخیص بیماری کرون و کولیت اولسراتیو مورد استفاده قرار می گیرند؟ ۵۳
- ۵- آیا می توانم IBD را معالجه کنم، یا اینکه بقیه عمرم را با این بیماری سپری خواهم کرد؟..... ۵۴
- ۶- آیا ممکن است بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو را به بچه هایم انتقال دهم؟ ۵۵
- ۷- بیماری IBD چگونه تحت درمان قرار می گیرد؟ ۵۵
- ۸- آیا داشتن بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو فرد را مستعد ابتلا به سرطان میکند؟ ۶۴
- ۹- آیا رژیم غذایی مخصوصی برای افرادی که بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو دارند ضروری است؟..... ۶۶
- ۱۰- آیا IBD علاوه بر سیستم گوارش بر سایر قسمتهای بدن اثر می کند؟..... ۶۷
- ۱۱- اگر IBD داشته باشم آیا می توانم یک بچه سالم داشته باشم؟ ۶۹
- ۱۲- آیا استرس یا انتخاب سبک های زندگی خاص بر IBD اثر می کند؟ ۷۰
- ۱۳- کولیت های میکروسکوپی چیست؟ ۷۲
- ۱۴- کولیت های ایسکمی چیست؟ ۷۴
- ۱۵- به من گفته شده است که دایورتیکولوزیس DIVERTICULOSIS دارم این به چه معنی است؟ و آیا این همان دایورتیکولاییتیس DIVERTICULITIS است؟ ۷۶

بخش چهارم: سوء جذب و سوء تغذیه

- ۱- گوارش و هضم غذا چگونه صورت می گیرد؟ ۸۰
- ۲- سوء جذب چیست؟ و آیا همان سوء جذب مواد مغذی می باشد؟ ۸۱
- ۳- شما چگونه متوجه می شوید که سوء جذب مواد غذایی دارید و دچار سوء تغذیه شده اید؟ ۸۲
- ۴- اثرات دراز مدت سوء جذب چیست؟ ۸۳
- ۵- بیماری سلیاک چیست و چگونه درمان می گردد؟ ۸۴
- ۶- چگونه متوجه شوم که عدم تحمل به لاکتوز دارم؟ ۸۶
- ۷- کمبود کدام مواد معدنی و ویتامین ها شایع است؟ ۸۷
- ۸- آیا عفونت می تواند منجر به سوء جذب گردد؟ ۹۱
- ۹- سندرم روده کوچک چیست؟ ۹۲
- ۱۰- اندکس توده بدن (BODY MASS INDEX (BMI چیست و چگونه محاسبه می شود؟ ۹۳
- ۱۱- چگونه متوجه شوم که یک حساسیت غذایی دارم؟ ۹۳

بخش پنجم: عفونت های روده ای

- ۱- گاستروانتریتیس چیست؟ ۹۸
- ۲- علایم گاستروانتریتیس چیست؟ ۹۸
- ۳- چه عواملی باعث گاستروانتریتیس می شود؟ ۹۹
- ۴- برای چه کسی خطر گاستروانتریتیس وجود دارد؟ ۱۰۰
- ۵- گاستروانتریتیس چگونه درمان می شود؟ ۱۰۰
- ۶- چه عواملی باعث می شوند غذا بیماری زا باشد؟ ۱۰۱
- ۷- چگونه غذا آلوده می شود؟ ۱۰۳
- ۸- چگونه خودم را در برابر غذای بیماری زا محافظت کنم؟ ۱۰۴
- ۹- به زودی به تعطیلات می روم آیا خطر اسهال مسافرت برای من وجود دارد؟ ۱۰۵
- ۱۰- چگونه می توانم از اسهال مسافرتی جلوگیری کنم؟ ۱۰۷
- ۱۱- اسهال مسافرتی چگونه درمان می گردد؟ ۱۰۸
- ۱۲- چگونه متوجه شوم که آیا آلودگی انگلی دارم یا نه؟ ۱۱۰

بخش ششم: سرطان معدی - روده ای

- ۱- چگونه متوجه شوم که آیا سرطان کولون دارم؟ ۱۱۴
- ۲- چه موقع باید کولونوسکوپی انجام دهم؟ ۱۱۵
- ۳- کولونوسکوپی مجازی چیست؟ ۱۱۸
- ۴- آیا بلعیدن دوربینی کوچک جهت معاینه لوله گوارش می تواند کارآمد باشد. آیا می توانم آن را به جای کولونوسکوپی انجام دهم؟ ۱۱۹
- ۵- من یک برآمدگی دارم و سرطان مری بالاترین میزان سرطان در کشور است. حالا چگونه باید آن را آزمایش کنم؟ ۱۲۱
- ۶- چند سال است که سوزش سردل دارم. آیا خطر ایجاد سرطان مری در من وجود دارد؟ ۱۲۳
- ۷- چه چیزهایی در مورد سرطان پانکراس می دانید؟ ۱۲۵
- ۸- در مورد خطر ایجاد سرطان معده چقدر اطلاعات دارید؟ ۱۲۶
- ۹- سرطان کبد چگونه تشخیص داده می شود؟ ۱۲۷
- ۱۰- چه عواملی به پیشگیری از سرطان سیستم گوارش کمک می کنند؟ ۱۲۸

بخش هفتم: پانکراس و کیسه صفرا

- ۱- پانکراس (لوزالمعده) چیست و چه کاری انجام می دهد؟ ۱۳۲
- ۲- پانکراتیت حاد چیست؟ ۱۳۲
- ۳- پانکراتیت حاد چگونه تشخیص داده می شود؟ ۱۳۳
- ۴- چه عواملی موجب پانکراتیت حاد می شوند؟ ۱۳۳
- ۵- پانکراتیت حاد چگونه درمان می شود؟ ۱۳۴
- ۶- پانکراتیت مزمن چیست؟ ۱۳۵
- ۷- پانکراتیت مزمن چگونه تشخیص داده می شود؟ ۱۳۶
- ۸- پانکراتیت مزمن چگونه درمان می شود؟ ۱۳۷
- ۹- سنگ های کیسه صفرا چگونه تشخیص داده می شوند؟ ۱۳۷
- ۱۰- کیسه صفرا چیست؟ ۱۳۸
- ۱۱- سنگهای صفرا چه ویژگیهایی دارند؟ ۱۳۹
- ۱۲- پزیشک با سونوگرافی سنگهای صفرا در من پیدا کرده است اما من درد شکمی ندارم. آیا باید نگران باشم؟ ۱۴۰
- ۱۳- سنگهای صفرا چگونه درمان می شوند؟ ۱۴۰
- ۱۴- ERCP چیست؟ ۱۴۱

بخش هشتم: کبد

- ۱- کبد چیست و چه کاری انجام می دهد؟ ۱۴۴
- ۲- بیماری کبد چقدر شایع است؟ ۱۴۴
- ۳- اگر بیماری کبد داشته باشید چه چیزهایی باید بدانید؟ ۱۴۵
- ۴- کدام آزمایشها عملکرد کبد را نشان می دهند؟ ۱۴۶
- ۵- از کدام روشهای تصویربرداری اشعه ایکس برای کبد استفاده می شود؟ ۱۴۸
- ۶- بیوسپی کبد چیست؟ ۱۴۹
- ۷- هپاتیت A چیست؟ ۱۵۰
- ۸- هپاتیت B چیست؟ ۱۵۰
- ۹- هپاتیت C چیست؟ ۱۵۱
- ۱۰- هموکروماتوزیس HEMOCHROMATOSIS چیست؟ ۱۵۲
- ۱۱- کبد چرب چیست؟ ۱۵۳
- ۱۲- آیا انواع دیگری از بیماری کبد وجود دارد؟ ۱۵۵
- ۱۳- سیروز CIRRHOSIS چیست؟ ۱۵۷
- ۱۴- پیوند کبد چیست؟ ۱۵۸
- ۱۵- آیا داروهای تجویزی با نسخه و یا بدون نسخه می توانند بر کبد اثر کنند؟ ۱۵۹

اگر این کتاب را انتخاب کرده باشید، شما یکی از میلیون ها افرادی هستید که به سلامتی خودشان علاقه دارند. ممکن است بخواهید مطالب زیادی درباره دستگاه گوارش یاد بگیرید، یا سئوالی درباره بیماری یا اختلال خاص گوارشی دارید، یا علاقه مند هستید که بدانید بدن چگونه کار می کند. کتاب ۱۰۰ سوال و جواب درباره سلامتی دستگاه گوارش راهنمای کلینیکی خوبی جهت فهم و راهنمایی در مورد یک بیماری خاص و همچنین راهنمای مخصوص به منظور کمک به شما در درک سیستم گوارشی و بیماری های معده و روده ای، کبد و پانکراس است. سؤالا مستقیماً از هزاران بیمار زنده و واقعی که از ما سؤال می کردند گرفته شده است. جواب ها تلفیقی از آخرین اطلاعات علمی با تجربیات ما در طول درمان بیماران مبتلا به اختلالات گوارش است که بوسیله دکتر سنور استف در بخش آسیب شناسی بیماری های معده- روده کلینیک لاهی^۲ نوشته شده است. این کتاب راهکاری برای شما ارائه می دهد که بتوانید در مسیر پرپیچ و خم علم پزشکی مسیر درست را پیدا کرده و آن را طی کنید.

در **قسمت اول** کتاب دکتر اریک گولد برگ اساس و پایه سیستم گوارشی، آناتومی و عملکرد لوله گوارشی و انواع آزمایشهایی که برای ارزیابی سیستم گوارش انجام می گیرد را شرح می دهد و درباره تعدادی از علایم شایع که مردم اظهار می دارند از جمله اسهال، یبوست، باد کردن شکم و زردی صحبت می کنند و نیز درباره اثرات بارداری روی سیستم گوارش و نیز اختلال خیلی شایع گوارشی یعنی سندرم روده تحریک پذیر (IBS) بحث می کند.

بخش دوم کتاب روی قسمت بالایی لوله گوارشی شامل مری، معده و اختلالات مرتبط با اسید متمرکز شده است. در این بخش دکتر استفن نژاد زخم ها، سوزش سر دل، عدم گوارش و مشکلات بلع و اچ پیلوری را مورد بحث قرار می دهد.

بخش سوم کتاب دید عمیقی درباره دو بیماری شایع روده یعنی بیماری کرون و کولیت اولسراتیو دارد که بوسیله دکتر آمی بارتو نوشته شده است. در این بخش در مورد انواع کمتر شایع التهاب روده ای شامل کولیت های میکروسکوپی ایسکمی و همین طور دیورتیکو لوزیس بحث می شود.

¹ senior staff

² lahey

در **بخش چهارم** دکتر آناند نورسیمین^۱ جزئیات عوامل ایجاد سوء تغذیه و سوء جذب و اثرات این اختلالات را بر سلامتی ما مورد بحث قرار می دهد. در این قسمت تعدادی از سندرم های سوء جذب شایع مانند بیماری سلیاک، عدم تحمل لاکتوز، کمبودهای ویتامینی و مواد مغذی خاص و همین طور حساسیتهای غذایی شایع توضیح داده می شود.

در **بخش پنجم** کتاب دکتر کریستین رُستمان^۲ عفونت های مختلف روده ای نظیر اسهال مسافرت و عفونت های انگلی را شرح می دهد و اینکه چه کسانی بیشتر در معرض ابتلا به عفونت روده ای هستند و راه های جلوگیری از ایجاد عفونت را بحث می کند.

در **بخش ششم**، دکتر آن ماری جویس^۳ سرطانهای مری، کبد، پانکراس و کولون را شرح می دهد و تفاوت های بین کولونوسکوپی رایج، کولونوسکوپی واقعی و کپسول اندوسکوپی را بیان می دارد.

در **بخش هفتم** دکتر استفان هلتر^۴ جزئیات بیماری های پانکراس و کیسه صفرا را شرح می دهد و در مورد پانکراتیت حاد و مزمن، علل ایجاد سنگ صفرا و نحوه درمان آن بحث می کند.

بخش هشتم روی کبد متمرکز شده است. دکتر استفن فابری^۵ عملکرد کبد، آزمایشهایی که در مورد ارزیابی کبد انجام می شود و برخی بیماری های شایع کبد شامل هپاتیت A، B و C و چربی کبد، هموکروماتوسیس، سیروز و پیوند کبدی را مورد بحث قرار می دهد.

این کتاب راهنمای کلینیکی خوبی است که حاوی تمام سوالاتی است که می خواهید از دکتر خود پرسید و نیز سوالاتی است که به آن فکر نمی کردید. این کتاب برای کسانی است که علاقه مند به دانستن اطلاعاتی درباره اختلالات گوارشی هستند و نیز اطلاعات مهمی را درباره حفظ سلامتی سیستم گوارشی ارائه می دهد.

¹ Anand Norasimhan

² Kristen Robson

³ Ann Marie Joyce

⁴ Stephan Helter

⁵ Stephan Fabry

بخش اول

دستگاه گوارش

- ۱- دستگاه گوارش چیست؟
- ۲- کدام نوع از آزمایش‌ها می‌توانند سیستم گوارش را مورد ارزیابی قرار می‌دهند؟
- ۳- اغلب یبوست دارم، چگونه با دکترم مطرح نمایم؟
- ۴- اغلب اسهال دارم. این به چه معنی است؟
- ۵- چگونه از وجود خونریزی در روده‌هایم آگاه شوم؟
- ۶- به طور غیرعادی وزن کم کرده‌ام حالا به دکترم چه چیزی باید بگویم؟
- ۷- نفخ دارم، به چه معنی است و چه کاری باید انجام بدهم؟
- ۸- سندرم روده تحریک پذیر چیست؟ چگونه درمان می‌شود؟
- ۹- فکر می‌کنم پوستم زرد شده است. این به چه معنی است؟
- ۱۰- باردار هستم. این مسئله چه اثری بر سلامتی دستگاه گوارش می‌تواند داشته باشد؟
- ۱۱- کدام داروها ممکن است بر سیستم گوارش من اثر کنند؟

۱- دستگاه گوارش چیست؟

سیستم گوارشی از مجموعه ای از اندامهای توخالی تشکیل شده است که به صورت پیوسته در طول یک لوله قرار می گیرند و شامل مری، معده و روده ها است که از دهان شروع و به مخرج ختم می شوند که کانال گوارشی هم نامیده می شود. سایر اندامهای شکمی شامل کبد و پانکراس نقش مهمی را در گوارش دارند. طول لوله گوارش در حدود ۹/۱۴ متر است.

لایه داخلی لوله گوارشی مخاط نامیده می شود. مخاط دارای غده هایی است که در دهان، معده و روده کوچک جای گرفته اند و شیره یا آنزیمهایی را تولید می کنند که به گوارش غذا کمک می کنند.

گوارش در دهان شروع می شود، ترشحات غده های بزاقی که در زیر زبان قرار گرفته اند مرحله خرد کردن غذا را با کمک جویدن شروع می کنند که در نتیجه ذرات کوچکی از غذا را که برای گوارش آسان است تولید می کنند.

عمل بلع، غذا را از گلو یا حلق عبور می دهد و غذا وارد مری می شود. ماهیچه های دیواره مری با عمل خود غذا را به داخل معده می رانند این عمل ماهیچه ها حرکت دودی نامیده می شود. وقتی که غذا در مری پایین رفت مستقیماً وارد معده می شود. ماهیچه های معده غذا را با اسید و آنزیمهای گوارشی مخلوط کرده و آنها را خرد می کنند و ذرات خیلی کوچکی از غذا را بوجود می آورند.

غذای کاملاً خرد شده معده را ترک می کند و با فشار وارد روده کوچک می شود. روده کوچک از سه قسمت ساخته شده است که شامل دوازدهه، ژژنوم و ایلئوم است. روده کوچک مسئول گوارش نهایی و جذب مواد غذایی است. مواد مغذی در روده کوچک بوسیله پرزها جذب می شود. پرزها شبیه انگشتهای کوچک اند که از مخاط روده باریک بیرون زده اند.

اندام های کبد، کیسه صفرا و لوزالمعده قسمتی از لوله گوارشی به حساب می آیند و بعنوان اندام های مستقل در نظر گرفته می شوند. با این حال وجود آنها برای عمل گوارش مهم و ضروری هستند.

دستگاه گوارش // ۱۱

لوزالمعده آنزیم هایی را تولید می کند که پروتئین ها، چربی ها و کربوهیدرات ها را گوارش می دهند. کبد صفرا را تولید می کند که در کیسه صفرا ذخیره می شود و بعد از خوردن غذا جهت کمک به هضم و جذب چربی از کیسه صفرا آزاد می گردد.

مواد غذایی که هضم نشده باشد بعنوان مواد زاید و باقیمانده از روده کوچک وارد روده بزرگ می شوند. موقعی که مواد غذایی به روده بزرگ می رسد، تقریباً همه مواد مغذی و اساسی آن بوسیله روده کوچک جذب شده است. کار روده بزرگ جذب آب از مواد گوارش نیافته و ایجاد مواد زاید جامد یا مدفوع است.

روده بزرگ از کولون و رکتوم تشکیل شده است. قسمت اول کولون، سکوم (روده کور) نامیده می شود و جایی است که روده کوچک را به روده بزرگ متصل می کند و قسمت انتهایی کولون به رکتوم متصل می شود و جایی است که مدفوع در آن ذخیره می شود تا لوله گوارشی را ترک کند.

۲- کدام نوع از آزمایش ها می توانند سیستم گوارش را مورد ارزیابی قرار می دهند؟

عکس برداری با اشعه X از اندام های شکمی: تصویری از ساختارها و اندام های داخل شکم تهیه می شود که به تشخیص گرفتگی و یا وجود منفذ در این اندام ها کمک می کند.

سی تی اسکن^۱: با استفاده از پرتوهای اشعه ایکس جزئیات بیشتری از درون بدن قابل مشاهده است مخصوصاً در یافتن یک ورم چرکی خیلی مفید است و اغلب در تشخیص انسداد و یا وجود منفذ بکار می رود.

عکسبرداری سریال از قسمت فوقانی لوله گوارش / و عکسبرداری از ژژونوم و ایلیئوم: با استفاده از این روش معاینه دقیق مری، دوازدهه و قسمت پایین روده باریک بهنگام خوردن یک ماده حاجب نظیر محلول سفید باریوم صورت می گیرد و عکسبرداری با استفاده از پرتوهای

¹ CTscan

ایکس بهنگام عبور آن ماده از لوله گوارش انجام می گیرد. این روش معاینه ای عالی برای تشخیص زخم، تنگی و التهاب در معده و روده باریک می باشد.

تنقیه باریوم^۱: در این روش برای معاینه رکتوم و کولون با تزریق تدریجی باریوم از طریق رکتوم و سپس بهنگام عبور باریوم به داخل کولون عکسبرداری انجام می گیرد و در واقع روش خوبی جهت تشخیص زخم و تنگی و التهاب در کولون است.

انتروسلیسیس^۲: یک روش معاینه دقیق روده باریک است که بوسیله عبور یک لوله کوچک از طریق بینی به داخل دوازدهه انجام می پذیرد. باریوم از طریق این لوله مستقیماً به داخل روده باریک بتدریج تزریق می گردد و سپس عکسبرداری صورت می گیرد که یک روش خیلی مفید برای تشخیص اختلالات جزئی در روده باریک می باشد که ممکن است توسط روش های دیگر قابل تشخیص نباشد.

سونوگرافی^۳: از امواج صوتی جهت معاینه اندامهای شکمی و لگنی و همین طور برای تشخیص سنگ صفرا و گرفتگی مجرای صفراوی استفاده می شود.

ام آر آی^۴: با استفاده از میدان مغناطیسی یک تصویر دقیق از ساختارهای شکمی و لگنی ایجاد می شود که برای تشخیص آبسه های ناحیه شکمی و لگنی مفید است. همین طور برای بررسی مجاری صفرا و لوزالمعده بکار می رود.

کولونوسکوپی حقیقی: یک سی تی اسکن از کولون است. این روش معاینه رادیولوژی در مراحل اولیه خود است و در واقع روشی برای رویت کامل و تشخیص اختلالات کولون می باشد.

اندوسکوپی فوقانی: معمولاً همراه با مصرف آرام بخش انجام می گیرد. یک لوله کوچک نازک و انعطاف پذیر با لنزهای نورانی که یک دوربین در انتهای آن قرار دارد از دهان عبور می دهند

¹ Barium Enema

² Enteroclysis

³ Ultrasound

⁴ MRI

دستگاه گوارش // ۱۳

و سپس وارد مری، معده و دوازدهه می شود که یک معاینه خوب برای تشخیص التهاب و زخم در لوله گوارشی فوقانی است و می توان نمونه برداری نیز انجام داد.

کولونوسکوپی: معمولاً با کمک آرام بخش انجام می شود. همانند روش قبلی لوله از رکتوم به داخل کولون و بعضی وقت ها به داخل ایلئوم وارد می شود. که یک روش عالی جهت تشخیص التهاب و زخم در رکتوم، کولون و ایلئوم است و می توان از این قسمت ها نمونه برداری انجام داد.

سیگموئیدوسکوپی: با استفاده از آرام بخش و یا بدون آن انجام می گیرد و در واقع یک کولونوسکوپی کوتاه شده است که برای معاینه رکتوم و کولون چپ بکار می رود.

پروتوسکوپی: بدون آرام بخش انجام می گیرد. در این روش با یک لوله مستقیم و کوتاه و سخت که در انتها دارای لیزرهای نورانی است معاینه کانال مخرج انجام می شود؛ که یک روش خوب برای معاینه جراحی و بواسیر(هموروئید) مقعد است.

انتروسکوپی: با استفاده از آرام بخش انجام می شود. در این روش یک لوله کوچک، نازک، طویل و انعطاف پذیر که در انتها دارای لیزرهای نورانی و یک دوربین است از داخل دهان عبور داده می شود و سپس این لوله وارد مری، معده، دوازدهه و ژژنوم می شود که یک روش عالی برای تشخیص التهاب و زخم در قسمت فوقانی لوله گوارش و قسمت فوقانی روده کوچک است.

آندوسکوپی کپسولی: بدون آرام بخش انجام می گیرد. در این روش بیمار یک قرص بزرگ حاوی یک دوربین را می بلعد که با یک گیرنده روی شکم مرتبط است. کپسول به طور طبیعی از روده کوچک عبور می کند و در هنگام عبور تصاویر ویدئویی به گیرنده می فرستد که این اطلاعات در یک کامپیوتر ذخیره شده و سپس توسط پزشک مورد بررسی قرار می گیرد. این روش اغلب برای ارزیابی خونریزی گوارشی با منشاء مبهم بکار می رود.

آندوسکوپی کپسولی معمولاً برای ارزیابی بیماری عفونی حاد روده بکار می رود، زیرا آزمایشهای ساده برای تشخیص و شناخت بیماری عفونی خیلی دقیق هستند. بعلاوه کپسول بزرگ است و ممکن است به آسانی در یک قسمت روده جای گرفته و انسداد ایجاد کند که برای برداشتن کپسول بیمار باید تحت عمل جراحی قرار گیرد.

ERCp: با استفاده از آرام بخش انجام می شود که یک روش آندوسکوپی جهت معاینه مجرای کیسه صفرا و مجرای لوزالمعده است. این روش برای تشخیص و برداشت سنگهای مجرای صفرا، تشخیص تومورهای مرتبط با مجرای صفرا و مجرای لوزالمعده و تشخیص مراحل تشکیل سنگهای صفراوی کاربرد دارد.

۳- اغلب یبوست دارم، چگونه با دکترم مطرح نمایم؟

یبوست به صورت کمتر از سه بار حرکت روده در طول هفته تعریف می شود. تعریف های دیگر شامل داشتن مدفوع سخت با داشتن فشار برای ایجاد یک حرکت روده ای و یک احساس از تخلیه ناکافی مدفوع است. یبوست یک نشانه است و نه یک بیماری و اغلب زودگذر است و مسئله حادی نمی باشد. یبوست خیلی شایع است و معمولاً به علت کمبود فیبر یا نبودن آب کافی در رژیم غذایی شما بوجود می آید برای درک عوامل موثر باید بتوانید روش زندگی خود را تغییر دهید تا اینکه بتوانید از وقوع یبوست در آینده جلوگیری کنید.

هر فرد در قسمتی از دوره زندگی خود از یبوست رنج می برد. حدس زده می شود در حدود ۴ میلیون آمریکایی یبوست دارند و در حدود ۲/۵ میلیون نفر در هر سال تحت معاینه پزشکی قرار می گیرند. زنان بیشتر از مردان از یبوست رنج می برند. این مشکل به طور عموم در بزرگسالان و مخصوصاً در افراد بالای ۶۵ سال مشاهده می شود.

برای درک بهتر اینکه چرا یبوست اتفاق می افتد باید عملکرد کولون را درک کنیم موقعی که مواد از روده کوچک وارد کولون می شود اغلب مواد مغذی و ضروری آن جذب شده اند، نقش کولون جذب آب از مواد باقی مانده و ایجاد مواد زاید یا مدفوع است، یبوست هنگامی اتفاق می افتد که آب بیشتری برداشت شود و یا اینکه ماهیچه های درگیر در جلو بردن مواد زاید در کولون آهسته و یا به صورت غیرطبیعی عمل کنند. عوامل شایع در ایجاد یبوست عبارتند از:

۱- نداشتن فیبر کافی در رژیم غذایی

۲- نداشتن مایعات کافی

۳- محدودیت فعالیت حرکتی

۴- مصرف داروها مانند داروهای ضد درد، مکمل های آهن، داروهای ضد فشار خون (انواعی که کانالهای کلسیم را می بندند) و داروهای ضد افسردگی

۵- در شرایط خاص مانند بارداری، جراحی، دیابت و بیماری تیروئید

۶- مشکلاتی مانند چسبندگی و ایجاد کیست هایی در کولون

۷- نادیده گرفتن دفع مدفوع توسط فرد ممکن است موجب از دست رفتن علامت احساس دفع مدفوع در شخص شود که نتیجه آن ایجاد یبوست است.

۸- مشکلاتی در کولون یا رکتوم که به انسداد مکانیکی منجر می شود و یبوست را بوجود می آورد.

انسداد مکانیکی در اثر باریک شدن و یا مسدود شدن کولون بوجود می آید که از عبور طبیعی مدفوع جلوگیری می کند، شرایطی که منجر به انسداد می شوند عبارتند از: ایجاد کیست ها، سرطان کولون و بیماری التهابی مزمن و ایجاد چسبندگی.

یبوست چگونه مورد بررسی و معاینه قرار می گیرد؟

پزشک یک سابقه دقیق در ارتباط با بیماری از شما می گیرد، شما هنگامی بعنوان فرد مبتلا به یبوست شناخته می شوید که حداقل دو تا از علامت های زیر را بیش از ۱۲ هفته در طول ۱۲ ماه گذشته داشته باشید.

۱- داشتن فشار بهنگام دفع مدفوع

۲- سفت و سخت بودن مدفوع

۳- داشتن احساس ناکامل از دفع مدفوع

۴- داشتن احساس گرفتگی در رکتوم

۵- داشتن کمتر از ۳ بار دفع مدفوع در یک هفته

دکتر ممکن است یک آزمایش خون از شما بخواهد، آزمایش های خون برای ارزیابی کم خونی، بیماری تیروئید و سطوح کلسیم و الکترولیت های ضروری بدن انجام می شود. لازم است در مورد خطر سرطان کولون بسته به سن بیمار یک کولونوسکوپی یا عکسبرداری با باریوم از کولون انجام گیرد.

اگر آزمایشهای فوق طبیعی باشند دکتر ممکن است آزمایش با جریئات بیشتری را جهت ارزیابی عملکرد کولون انجام دهد که این مطالعه جهت اطمینان حاصل کردن از این مورد است که آیا کولون مواد دفعی را به درستی دفع می کند؟

ارزیابی ماهیچه های مخرج یا رکتوم که مسئول دفع مدفوع هستند توسط فشارسنج رکتومی - مخرجی و یا آزمایش دفع بالون صورت می گیرد. فشارسنج رکتومی - مخرجی عملکرد ماهیچه اسفنکتر مخرجی و حرکت رکتوم را مورد ارزیابی قرار می دهد. در آزمایش دفع بالون یک بالون در داخل رکتوم قرار داده می شود و به آرامی باد زده می شود. بالن باد شده همانند مدفوع در رکتوم تحریک ایجاد می کند. اگر شما با بالونی که در حداقل میزان باد شده است یک احساس کامل از تحریک رکتوم را داشته باشید در آن صورت یک رکتوم خیلی حساس را دارید و برعکس اگر بالون به حداکثر باد شود تا اینکه احساس تحریک بوجود آید نشان دهنده آن است که رکتوم شما در حضور مدفوع حس کافی ندارد.

درمان یبوست بستگی به علت آن دارد اضافه کردن فیبر به رژیم غذایی شما ممکن است برای برطرف کردن نشانه های یبوست کافی باشد. در حدود ۳۵-۳۰ گرم فیبر برای حجیم کردن و نرم کردن مدفوع کافی است غذاهای با فیبر زیاد شامل میوه ها، سبزیجات تازه، حبوبات و سبوس غلات است. نوشیدن مایعات کافی و پرهیز از مصرف نوشیدنی های حاوی کافئین که می توانند باعث گرفته شدن زیاد آب مدفوع شوند می تواند در رهایی از یبوست به شما کمک کند.

مسهل‌ها^۱

دکتر ممکن است برای رهایی از یبوست به مدت کوتاه مسهل‌ها را تجویز کند. چند نوع از مسهل‌ها وجود دارند که به روش‌های مختلف عمل می‌کنند.

- مواد حجیم‌کننده^۲ مانند متاموسیل^۳ یا سیتروسل^۴ یا حجیم‌کننده‌های فیبری که آب را به مقدار زیاد جذب می‌کنند و مدفوع حجیم و نرم در روده ایجاد می‌گردد.

- محرک‌ها^۵ که موجب انقباض ماهیچه‌های روده می‌شوند داروهایی مانند سنوکوت^۶، کورکتول^۷ و دلکولاکس^۸ جزو محرک‌ها هستند. این داروها بنا به ضرورت برای یبوست گاه به گاهی استفاده می‌شوند

- اسموتیک‌ها^۹ موجب می‌شوند مایع به درون کولون کشیده شود این داروها معمولاً برای تمیز کردن کولون جهت کولونوسکوپی در بیمارانی که یبوست مزمن دارند استفاده می‌شود. میرالاکس^۱ یا پلی اتیلن گلیکول مثالی از مسهل اسموتیکی است.

- نرم‌کننده‌های مدفوع^{۱۰} که مدفوع را نرم می‌کنند یک مثال در این مورد کولاس^{۱۱} است. این دارو بعد از جراحی جهت جلوگیری از سخت شدن مدفوع تجویز می‌شوند.

¹ Laxatives

² Bulk forming agents

³ Metamucil

⁴ Citrucel

⁵ Stimulants

⁶ Senokot

⁷ Correctol

⁸ Dulcolax

⁹ Osmotics

¹ Miralax 0

¹ Laxatives 1

¹ Colace 2

- فعال کننده های کانال کلر^۱: این داروها با افزایش مایع در روده موجب حرکت آسان مدفوع می شوند. آمیتیزا^۲ یا لوبی پروستون^۳ یک فعال کننده کانال کلر می باشد.

مواد چرب کننده^۴ مانند روغن معدنی مدفوع را چرب می کنند و عبور آن را از کولون آسان می کنند.

۴- اغلب اسهال دارم. این به چه معنی است ؟

اسهال افزایش در حجم مدفوع یا افزایش تعداد دفع مدفوع بیش از ۳ بار در روز است اغلب حالت حاد دارد و طی چند روز به طور خود بخودی و بدون هیچ درمانی برطرف می شود. اسهال مزمن زمانی است که بیش از ۳ هفته دوام داشته باشد، که ممکن است یک علامت برای مشکلات جدی تر باشد. علاوه بر تغییر در حجم مدفوع و یا تعداد دفعات آن بیماران درد شکمی، تب و خون در مدفوع دارند.

علت های شایع که منجر به اسهال می شوند :

- ۱- عفونت های ویروسی که به طور شایع رتروویروسها^۵ منجر به آن می شوند.
- ۲- عفونت های باکتریایی که توسط سالمونلا^۶، شیزلا^۷ و اشیرشیاکولی^۸ بوجود می آیند. این باکتری ها توسط آب و غذای آلوده وارد بدن می شوند.
- ۳- انگل هایی شبیه جیاردیا^۹ و کریتوسپورییدیوم^{۱۰} که از طریق آب و غذای آلوده وارد بدن می شوند.

1 Chloride channel activators

2 Amitiza

3 Lubiprostone

4 Lubricating agents

5 Rotavirus

6 Salmonella

7 Shigella

8 Escherichiacoli

9 Giardia

10 Cryptosporidium

۴- داروها: شامل آنتی بیوتیک ها که منجر به اسهال می شوند. آنتی بیوتیک هایی که منجر به اسهال می شوند معمولاً میزان طبیعی باکتری های موجود در روده را تغییر می دهند کلوستریدیوم دیفسیل^۱ (*Clostridium difficile* (C.diff) یک عفونت باکتریایی بوجود می آورد که منجر به اسهال می شود.

۵- بیماری های التهابی روده: بیماری کرون و کولیت اولسراتیو اختلالات التهابی در روده هستند که منجر به اسهال مزمن می شود. بیماری سلیاک یک حساسیت به غذای حاوی گلوتن است که اسهال مزمن را بوجود می آورد.

۶- بیماری های خاص: دیابت یا پانکراتیت مزمن منجر به اسهال می شوند که نتیجه آن سوء جذب مواد مغذی است. افراد مبتلا به پانکراتیت، آنزیمهای کافی جهت هضم و شکستن پروتئین هایی که منجر به اسهال می شوند را تولید نمی کنند بیماران دیابتی به علت وجود مشکل حرکتی در روده تکثیر بیش از حد باکتری ها را دارند که منجر به اسهال می گردد.

۷- سندرم روده تحریک پذیر: در غیاب عوامل بیماری زا منجر به ایجاد علائم اسهال می شود. در این سندرم ایجاد اسهال ممکن است شدیداً تحت تاثیر رژیم غذایی، فعالیت و استرس قرار گیرد.

ارزیابی و تحت کنترل در آوردن اسهال

اسهال حاد اغلب نیاز به ارزیابی دقیق و مراجعه به پزشک ندارد، زیرا نشانه های آن نیمه عمر کوتاهی داشته و بدون درمان دارویی خود بخود برطرف می شوند اما وقتی علائم دوام داشته باشند یک سابقه کامل در این مورد شامل: مسافرت های اخیر، تماس های بیمار و نیز مصرف داروها باید تهیه شود. نمونه برداری از مدفوع برای بررسی وجود علت های عفونی صورت می گیرد در برخی موارد ارزیابی آندوسکوپیک یا سیگموئیدوسکوپیک یا کولونوسکوپیک ممکن است برای بررسی بیماری التهاب روده ای ضروری باشد. نحوه درمان بر اساس علت ایجاد اسهال انجام می گیرد. اگر مشکوک به یک منبع عفونی باشند و علائم کوتاه مدت نباشد یک سری از آنتی بیوتیک ها تجویز می شود. اگر علت بیماری اسهال، التهاب روده ای باشد روشهای درمان خیلی موثری برای

¹ Clostridium difficile (C.diff)

درمان بیماری کرون و کولیت اولسراتیو وجود دارند. در افراد دیابتی یا مبتلا به پانکراتیت که سوء جذب مواد مغذی موجب اسهال می شود با استفاده از آنتی بیوتیک ها یا جایگزینی آنزیمهای مورد نیاز درمان صورت می گیرد.

۵- چگونه از وجود خونریزی در روده هایم آگاه شوم ؟

خونریزی معدی - روده ای حاد ممکن است با وجود خون و یا مواد قهوه ای رنگ در استفراغ مشخص شود. وجود خون در مدفوع باعث سیاه رنگ شدن یا قیر مانند بودن مدفوع می شود همراه با این نشانه ها ممکن است درد شکم، ضعف و یا سرگیجه وجود داشته باشد. افراد با بیماری قلبی اغلب درد قفسه سینه و یا تنفس های کوتاه را دارند. وجود خون قرمز روشن و یا مدفوع قرمز رنگ معمولاً نشان از منشاء خونریزی از پایین لوله گوارش نظیر رکتوم و یا کولون را دارد.

خونریزی معدی - روده ای درازمدت ممکن است مورد توجه قرار نگیرد چراکه مقادیر کم خون که از لوله گوارش از دست می رود با چشم قابل مشاهده نیست که این حالت را تحت عنوان از دست دادن پنهانی خون می نامند و نشانه های آن شامل رنگ پریدگی پوست، خستگی و تنفس کوتاه است. خونریزی معدی - روده ای درازمدت بوسیله آزمایش خون و یا آزمایش و بررسی مدفوع امکان پذیر است.

عواملی که منجر به خونریزی از قسمت بالای لوله گوارش می شوند :

۱- بیماری زخم معده

۲- گاستریت یا التهاب مخاط روده

۳- واریس مری یا معده - این وضعیت در افراد با بیماری مزمن کبدی دیده می شود.

۴- پاره شدن یا آسیب مخاط مری یا معده که همراه با استفراغ کردن است.

عواملی که منجر به خونریزی از قسمت پایین لوله گوارش می شوند شامل :

۱- دیورتیکولوسیز^۱ : وجود کیسه های متعدد در جدار کولون علت شایع خونریزی از قسمت پایین لوله گوارش است. خونریزی بدون درد بوده و رنگ آن قرمز روشن و یا خرمائی رنگ است.

۲- آنژیودیسیپلازی^۲ : تشکیل رگهای خونی غیرطبیعی در هر جایی از لوله گوارش ممکن است اتفاق بیافتد ولی غالباً در کولون تشکیل می شوند. این حالت به طور شایع در بیماران مسن و در افراد دارای بیماری مزمن کلیوی دیده می شود.

۳- پولیپ ها^۳، سرطان کولون و رشد غیر سرطانی سلولها، می توانند موجب خونریزی لوله گوارشی حاد و مزمن شوند.

۴- بواسیر و شکاف مخروطی^۴ : بزرگ شدن سیاهرگ در رکتوم است که در اثر فشار بهنگام دفع مدفوع و بهنگام یبوست بوجود می آید. شکاف مخروطی یک پارگی در مخاط مخرج است که معمولاً در نتیجه فشار بهنگام دفع مدفوع ایجاد می شود و همراه با درد و خونریزی است. خونریزی از لوله گوارش نیاز به یک توجه پزشکی ویژه و فوری دارد.

۶- به طور غیرعادی وزن کم کرده ام حالا به دکتروم چه چیزی باید بگویم ؟

کاهش غیرعمدی وزن یا کاهش وزن که در اثر رژیم غذایی یا ورزش نباشد ممکن است علامتی از یک وضعیت پزشکی جدی باشد. عوامل احتمالی کاهش وزن ناشی از دستگاه گوارش شامل موارد زیر است :

۱- ناتوانی در جویدن : به علت کم و ناچیز بودن دندان ها و یا نامناسب قرار گرفتن دندان های مصنوعی می باشد.

¹ Diverticulosis

² Angiodysplasia

³ Polyps

⁴ anal fissures Hemorrhoids

۲- مشکل بلعیدن: اختلال در مری عمل بلع را مشکل می کند که به این حالت دیسفاژی می گویند و بیشتر به علت تنگ شدن مری در اثر بیماری های معین و سخت نظیر آشالازی یا اسکرودرما به وجود می آید.

۳- بیماری زخم معده: زخم های معده و دوازدهه یا گاستریت مزمن سیری زودهنگام ایجاد می کنند و تنها با یک مقدار کم غذا احساس پر شدن بوجود می آید.

۴- بی اشتهايي: از دست دادن اشتها ممکن است به علت افسردگی، بی اشتهايي عصبي، عفونت های حاد و مزمن، بارداری، سرطان، بیماری تیروئید یا داروها ایجاد شود.

۵- اسهال: نشانه ای از یک بیماری است تا اینکه خودش بیماری باشد. تعدادی از عوامل بوجود آورنده اسهال شامل عفونت های ویروسی، باکتریایی، انگلی و بیماری های التهابی روده ای شامل بیماری کرون و کولیت اولسراتیو است.

۶- سندرم سوء جذب: ناتوانی در هضم غذا یا انواع خاصی از غذاست که در اثر آسیب به مخاط روده باریک ایجاد می شود و مانع جذب مواد مغذی می گردد بیماری سلیاک یک مثال از این سندروم است.

۷- تومورهای ترشح کننده هورمون: سندرم زولینگر – الیسون توسط تولید غیرطبیعی هورمون گاسترین از یک تومور کوچک که معمولاً در پانکراس یا روده کوچک ایجاد می شود بوجود می آید. تومورهای کارسینوئید تومورهایی هستند که در روده کوچک، کولون و مسیرهای هوا یا آپاندیس یافت می شوند. این تومورها مقادیر زیادی هورمون سروتونین تولید می کنند که می تواند موجب التهاب در پوست، اسهال و کاهش وزن شود.

۷- نفخ دارم، به چه معنی است و چه کاری باید انجام بدهم؟

وجود گاز در لوله گوارش طبیعی است و در هر فردی وجود دارد که آن را از طریق آروغ زدن یا عبور از رکتوم دفع می کند. به طور متوسط یک فرد چندین پینت گاز در روز تولید می کند.

حرکت و عبور گاز در حدود ۱۲ بار در طول روز اتفاق می افتد اگرچه تشکیل گاز و انتقال آن شایع و معمول است ولی می تواند ناراحت کننده و دشوار باشد. با تغییر در روش زندگی و عادت های تغذیه ای می توان به بهبود علایم کمک کرد.

گاز تشکیل شده فاقد بو است و از اکسیژن، نیتروژن و دی اکسید کربن و متان تشکیل شده است. ایجاد گاز از دو منبع صورت می گیرد بلعیدن هوا یا تولید گاز بهنگام هضم غذا، بوی نامطبوع غالباً بوسیله باکتری تولید می شود. باکتری ها غذا را تجزیه کرده و گاز سولفور تولید می کنند که از بدن خارج می گردد.

بلعیدن هوا باعث جمع شدن گاز در معده می شود مقادیر کمی از هوا بهنگام خوردن و آشامیدن شما مخصوصاً اگر با سرعت و عجله غذا بخورید بلعیده می شود بیشتر هوای بلعیده شده با آروغ زدن آزاد می گردد. گاز باقیمانده به داخل روده عبور کرده و مقداری از آن جذب می گردد. گازی که جذب نشده باشد از طریق رکتوم خارج می گردد.

غذای هضم نشده که بوسیله روده کوچک جذب نشده است به داخل روده بزرگ یا کولون عبور می کند. در کولون به طور طبیعی حضور باکتری ها منجر به هضم غذا و مواد باقیمانده می شوند و در نتیجه هیدروژن، دی اکسید کربن و برخی مواقع متان تولید می شود.

غذاهای حاوی قند یا کربوهیدرات مقادیر زیادی گاز تولید می کنند در حالیکه از غذاهای حاوی درصد بالایی از چربی ها و پروتئین ها گاز کمتری تولید می شود. بعلاوه غذاهایی که کمتر هضم می شوند مانند کلم بروکلی و همین طور غذاهای با فیبر بالا مانند سبوس و جو در تولید گاز نقش دارند. لاکتوز قندی است که در محصولات شیر مانند بستنی و پنیر یافت می شود. وقتی آنزیم لازم برای هضم لاکتوز وجود نداشته باشد یا مقدار آن کم باشد لاکتوز هضم نشده به داخل کولون وارد می شود و منجر به ایجاد گاز و باد کردن شکم می شود. اگر دکتر مظنون به کمبود لاکتاز شود یک آزمایش تنفس برای شما انجام می شود تا ظرفیت تحمل پذیری لاکتوز شما را مشخص کند. در آزمایش تنفس مقادیر اضافی هیدروژن که از تخمیر لاکتوز هضم نشده حاصل می شود مشخص می گردد این تخمیر توسط باکتری ها انجام می شود.

گاز اضافی یا آروغ زدن ممکن است به علت گاستریت یا التهاب مخاط معده ایجاد گردد. عفونت با باکتری های هلیکوباکتریلوری یک علت شایع گاستریت است وجود هلیکوباکتریلوری بوسیله آندوسکوپی، آزمایش خون یا آزمایش تنفس تشخیص داده می شود. اگر هلیکوباکتریلوری در شما وجود داشته باشد دکتر ممکن است یک روش درمانی شامل یک ترکیبی از آنتی بیوتیک ها و داروهای متوقف کننده اسید معده تجویز کند.

درمان گاز اضافی و باد شکم شامل تغییر در رژیم غذایی شما، کاهش مقادیر بلع هوا و برخی مواقع تجویز دارویی است. اجتناب از غذاهایی که تولید گاز می کنند ممکن است علائم را کاهش دهد.

افراد با عدم تحمل لاکتوز با آنزیم لاکتاز درمان می شوند. آنزیم لاکتاز در یک قرص پوشش دار یا قرص جویدنی قرار می گیرد و قبل از صرف غذاهای حاوی لاکتوز باید مصرف شود. استفاده از محصولات شیری که لاکتوز آنها کاهش یافته است و یا عاری از لاکتوز است نیز روش جایگزینی مناسب تری است.

۸- سندرم روده تحریک پذیر چیست ؟ چگونه درمان می شود ؟

سندرم روده تحریک پذیر (IBS) یک اختلال شایع روده است. علائم آن شامل : درد شکمی، گاز زیادی، اسهال یا یبوست است. این سندرم می تواند موجب یک درد شکمی مزمن شود اما برای روده ها مضر نیست و منجر به یک بیماری سخت نمی شود. مواردی مانند استرس، فعالیت کم و رژیم غذایی می تواند این علائم را ایجاد کند. بیشتر افراد می توانند علائم خود را با رژیم غذایی، کاهش استرس و مصرف داروهای که از طرف دکترشان تجویز شده است تحت کنترل دریاورند برای تعدادی از مردم IBS خیلی ناتوان کننده است و اثر زیادی روی کیفیت زندگی آنها دارد.

IBS خیلی شایع است و حدود ۲۰٪ از بزرگسالان از آن رنج می برند. این سندرم غالباً در خانمها بیشتر از آقایان و قبل از سن ۳۵ سالگی بیشتر مشاهده می شود اگرچه ممکن است در هر سنی مشاهده گردد.

¹ Irritable Bowel Syndrome (IBS)

علائم شایع **IBS** شامل درد شکمی، باد کردن شکم و احساس ناراحتی است. برخی از افراد مبتلا ممکن است یبوست داشته باشند که دفع مدفوع را سخت و دشوار می کند. اگر یبوست دارید ممکن است بهنگام دفع مدفوع فشار زیادی را متحمل شوید و حالت دردناک داشته باشید برخی مواقع ممکن است همراه با دفع مدفوع موکوس دیده شود که برای مرطوب و نرم شدن مدفوع و عبور آن از روده است. بر عکس تعدادی از افراد مبتلا به **IBS** دارای اسهال هستند که ممکن است حالت اورژانسی داشته باشند این افراد دارای یک احساس دفع مدفوع هستند که نمی توانند آن را کنترل کنند افراد دارای **IBS** ممکن است به طور متناوب حالت های اسهال و یبوست را داشته باشند.

دانشمندان یک علت مشخص برای **IBS** پیدا نکرده اند تعدادی از دانشمندان بر این باورند که افراد مبتلا به **IBS** یک روده فوق العاده حساس و بیش فعال نسبت به غذاهای معین و استرس دارند. عده دیگر از دانشمندان بر این باورند که برخی مواقع **IBS** ممکن است بعد از اینکه فرد به یک عفونت روده ای مبتلا شد بوجود می آید که تحت عنوان **IBS** بعد از عفونت نامیده می شود.

سروتونین یک پیک شیمیایی است که اطلاعات را از یک قسمت بدن به قسمت دیگر انتقال می دهد و در مغز و لوله گوارش یافت می شود اگر شما **IBS** داشته باشید ممکن است سطوح افزایش یافته ای از سروتونین را داشته باشید که در این حالت شما گیرنده های حساس به درد بیشتری را در لوله گوارش دارید و مشکلات مربوط به دفع مدفوع و حساس شدن را تجربه کرده اید. تعدادی از افراد مبتلا به **IBS** از افسردگی و اضطراب رنج می برند که علائم بدتری هستند در واقع بیشتر علائم **IBS** باعث می شوند که شخص احساس نگرانی یا افسردگی داشته باشد.

احتمال بوجود آمدن برخی بیماری ها در افراد مبتلا به **IBS** افزایش می یابد برای مثال دانشمندان متوجه شدند که بیماری سلیاک غالباً در افراد مبتلا به **IBS** مشاهده می شود. افراد دارای بیماری سلیاک به گلوتن حساسیت دارند. گلوتن پروتئینی است که در گندم، جو و چاودار (گندم سیاه) یافت می شود. اگر افراد با بیماری سلیاک غذاهای حاوی گلوتن را مصرف کنند علائم بیماری را نشان می دهند. یک آزمایش خون مطمئن برای تشخیص بیماری سلیاک وجود دارد.

آزمایش معینی برای تشخیص IBS وجود ندارد. دکتر سابقه کاملی در ارتباط با بیماری از شما می گیرد و ممکن است از شما بخواهد آزمایشهای خون، مدفوع و عکسبرداری با اشعه ایکس را انجام دهید. اغلب دکتر یک سیگموئیدسکوپی یا کولونوسکوپی انجام می دهد اگر جواب تمام این موارد منفی باشد دکتر تشخیص می دهد که شما مبتلا به IBS هستید.

هیچ معالجه ای برای IBS وجود ندارد تغییر در رفتار ممکن است علایم را بهبود بخشد که این موارد شامل: کاهش استرس و تغییر در رژیم غذایی است. دکتر ممکن است یک مکمل فیبری یا نرم کننده برای یبوست شما و یا یک دارو برای رهایی از اسهال به شما تجویز کند. سایر داروها شامل ضد تشنج ها است که برای رهایی از انقباض های شدید در کولون که همراه با درد شکمی است استفاده می شود. همین طور داروهایی که روده را شل می کنند ممکن است برای رهایی از علایم IBS استفاده گردند.

۹- فکر می کنم پوستم زرد شده است. این به چه معنی است ؟

یرقان یا زردی پوست یک بیماری نیست اما علامتی است که در بیماری های مختلف بوجود می آید. یرقان وقتی ایجاد می شود که بیلی روبین زیر پوست به صورت متغیر جمع می شود و پوست را زرد یا قهوه ای می کند.

بیلی روبین از سلولهای قرمز خون بوجود می آید، سلولهای قرمز خون وقتی که مسن تر می شوند شکسته می شوند و بوسیله بدن تخریب می گردند و بیلی روبین آزاد شده از آنها توسط کبد از خون برداشته می شود.

کبد چندین نقش در بدن دارد. یک نقش کبد تولید و آزاد کردن صفرا به داخل روده کوچک است که به هضم چربی کمک می کند. نقش مهم دیگر کبد در پاک کردن بدن از سم ها و مواد زایدی مانند بیلی روبین است که در بدن تولید می شود.

یرقان به دلایل زیر ممکن است اتفاق بیافتد :

۱- تولید بیلی روبین زیادی در خون که از توان برداشت کبد بیشتر باشد و آن زمانی است که تخریب سلولهای قرمز خون افزایش یافته باشد.

۲- مشکل در توانایی کبد در برداشت و فراروی بیلروبین (التهاب کبد)

۳- در مجاری صفراوی که بیلروبین را از کبد خارج و به داخل روده کوچک انتقال می دهند گرفتگی بوجود آید که این حالت موقعی اتفاق می افتد که سنگهای صفراوی از کیسه صفرا به داخل مجاری وارد می شوند و یا اینکه مجاری صفراوی التهاب پیدا می کنند. علاوه بر تغییر در رنگ پوست یرقان منجر به روشن بودن مدفوع و یا به رنگ خاکی شدن مدفوع می گردد که علت آن نبود بیلروبین در مدفوع است که در حالت طبیعی بیلروبین مدفوع را به رنگ قهوه ای درمی آورد. ادرار ممکن است تیره تر بشود این پدیده وقتی اتفاق می افتد که بیلروبین در بدن شروع به تجمع می کند و سپس کلیه ها که آن را دفع می کنند رنگ ادرار قهوه ای می شود.

اگر یرقان در نتیجه مشکل کبدی باشد شخص ممکن است احساس خستگی، ضعیف کاهش اشتها، باد کردن شکم، تورم قوزک پا، گیجی و بعضی وقت ها خونریزی از روده ها را داشته باشد.

اگر یرقان به علت گرفتگی مجاری صفراوی باشد هضم چربی ها مختل می گردد. بدن تعدادی از ویتامینها و مواد مغذی را نمی تواند جذب کند، مخصوصاً جذب ویتامین **k** بستگی به حضور بیلی روبین دارد. ویتامین **k** نقش مهمی در لخته کردن خون دارد. در نبود ویتامین **k** با یک بریدگی کوچک در فرد خونریزی زیادی بوجود می آید.

تعدادی از بیماری ها منجر به یرقان می شوند در این گونه موارد کبد التهاب پیدا می کند و بر توانایی کبد و نقش آن در بدن تاثیر می گذارد. علت های شایع شامل ویروس ها، الکل و استامینوفن است.

دلایل یرقان بوسیله معاینه و گرفتن سابقه دقیق از بیمار مورد ارزیابی قرار می گیرد. مصرف همیشگی و زیاد الکل ممکن است علت بیماری را به آسیب ناشی از الکل معطوف دارد و استفاده از داروهای تزریقی غیرمجاز ممکن است هپاتیت های ویروسی را مطرح نماید.

آزمایش های ساده خون و تصویربرداری از شکم نظیر سونوگرافی، توموگرافی کامپیوتری یا تصویربرداری ام آر آی ممکن است صورت بگیرد. در برخی موارد اگر علت یرقان دقیقاً مشخص نشود یک بیوپسی کبد پیشنهاد می گردد. برای انجام بیوپسی کبد بعد از ایجاد بی حسی موضعی در ناحیه ای از پوست یک سوزن به داخل کبد وارد می کنند و توسط آن یک قطعه کوچک از بافت کبدی برداشته شده و سپس آن را در زیر میکروسکوپ مورد مطالعه قرار می دهند.

۱۰- باردار هشتم. این مسئله چه اثری بر سلامتی دستگاه گوارش می تواند داشته باشد؟

در اوایل دوران حاملگی حالت تهوع ملایم و استفراغ در هنگام صبح بوجود می آید و به طور معمول در حدود ۵۰ الی ۹۰ درصد از زنان باردار در سه ماهه اول بارداری آن را تجربه می کنند. گاهی علایم ممکن است تا دوره سوم بارداری ادامه یابد. وقتی این علایم شدید هستند ممکن است در کنار این علایم از دست دادن وزن بدن و از دست دادن آب نیز وجود داشته باشد.

استفراغ در صبح یک اصطلاح نادرستی است چراکه ممکن است در هر موقع از روز روی دهد و در طول روز ادامه یابد. علت دل بهم خوردگی صبحگاهی مشخص نیست تصور می شود که تغییرات هورمونی در طی بارداری مؤثر باشد، همچنین خالی بودن معده یا حرکات معده هم ممکن است در ایجاد حالت تهوع و استفراغ در طول دوره بارداری نقش داشته باشند.

علایم فوق معمولاً در دوره دوم بارداری برطرف می شوند. محدود کردن مصرف از طریق دهان در حالتهای حاد و تزریق وریدی مایعات مفید واقع می شود و در حالت های شدید مصرف مایعات از طریق تزریق وریدی ضروری است.

بارداری ممکن است اثرات مختلفی را بر روی لوله گوارش داشته باشد. سوزش سر دل یا بیماری رفلاکس معده به مری به طور معمول و شایع در دوران بارداری وجود دارد و در حدود بیش از ۵۰٪

از زنان باردار مشاهده می شود، ایجاد تغییرات در روش زندگی مانند بالا بودن سر نسبت به بدن در رختخواب، خوردن مواد غذایی نرم و له شده و امتناع از خوردن حداقل ۳ ساعت قبل از وقت خواب ممکن است علائم سوزش سر دل را بهبود بخشد. در حالی که تغییرات روش زندگی ممکن است به بهبود علائم کمک کنند اغلب بیماران نیاز به یک داروی متوقف کننده تولید اسید دارند. دکتر برخی داروها را جهت حفظ سلامتی شما در دوران بارداری تجویز می کند.

وجود گاز، نفخ شکم و یبوست معمولاً در طی دوره بارداری مشاهده می شود. هورمونهای بارداری بر روی حرکت روده و تولید این علائم نقش دارند. برای معالجه یبوست دکتر شما ممکن است پیشنهاد کند که خوردن غذاهای فیبردار را بیشتر کنید و یا این که یک مکمل فیبری دریافت دارید.

هموروئید، رگهای خونی متورم در رکتوم هستند که در اثر افزایش فشار بوجود می آیند. هموروئید در سر تا سر دوران بارداری ممکن است بوجود آید اما غالباً در دوره سوم بارداری و در بیش از ۴۰-۳۰ درصد زنان باردار مشاهده می شود. در طی بارداری رحم بزرگ شده با ایجاد فشار بر روی سیاهرگهای مربوط به کولون و رکتوم هموروئید را ایجاد می کند. هموروئید موجب ایجاد خونریزی، درد و خارش می گردد. هموروئید بوجود آمده در دوران بارداری معمولاً بعد از تولد نوزاد بهبود پیدا می کند.

یبوست، هموروئید را بدتر می کند. آهن که معمولاً در ویتامین های مصرفی مادر وجود دارد منجر به یبوست شده و دفع مدفوع را سخت و دشوار می نماید. معالجه یبوست و هموروئید شامل یک رژیم غذایی با فیبر بالا و نوشیدن فراوان مایعات است. وجود یک مدفوع نرم از بروز این علائم جلوگیری می کند.

تمیز کردن مخرج بعد از دفع مدفوع در درمان خارش و گاهی درد هموروئید می تواند مؤثر باشد. استفاده از یک کیسه گرم و یک تیوب ناراحتی را برطرف کرده و به کوچک شدن هموروئید کمک می نماید در هنگام درمان استفاده از یک محلول آماده ضد التهابی در محل آسیب می تواند مؤثر باشد.

در موارد نادر در طول بارداری کبد ممکن است التهاب پیدا کند. بیماری های کبدی ویژه دوره بارداری شامل کلستازی داخل هیپاتیتی و کبد چرب حاد است. سندرم HELLP یا همولیز، افزایش یافتن آنزیمهای کبدی و کاهش یافتن پلاکت ها، اغلب بیماری های منحصر به دوره بارداری هستند که می توانند بر کبد تأثیر کنند.

هیپاتیت دوره بارداری علائمی مانند زردی پوست، خارش، درد شکم، تهوع و استفراغ را ایجاد می کند این علائم زنگ های خطری هستند که باید به دقت توسط پزشک مورد ارزیابی قرار گیرند.

۱۱- کدام داروها ممکن است بر سیستم گوارش من اثر کنند؟

داروهایی که معمولاً از راه دهان مصرف می شوند خیلی مفیدند و توسط اغلب مردم تحمل می شوند. امکان دارد داروهای تجویزی با نسخه و نیز داروهایی که بدون نسخه مصرف می شوند اثرات ناسازگار و نامطلوب در تعدادی از افراد ایجاد کنند معمولاً این اثرات جانبی ملایم بوده و قابل تحمل است اما در موارد نادر ممکن است موجب ایجاد مسمومیت شده و اثر مضر را در فرد ایجاد نماید. شما باید اطلاعاتی در مورد داروهایی که نسبت به آنها آلرژی دارید و نیز تاریخچه ای از داروهای خاص و میزان تحمل خود نسبت به آنها را به دکترتان ارائه دهید.

داروها موجب آسیب به مری می شوند. تعدادی از مردم بهنگام بلع یک دارو مشکل دارند. قرص ها و کپسول ها اگر در مری بمانند موجب آسیب به مری شده و عمل بلع را دردناک می کنند. بیماری های مزمن شبیه اسکلرودرما^۱ و آکالوزیا^۲ می توانند در حرکت و عبور غذا از مری اختلال ایجاد کنند و بنابراین خطر ایجاد آسیب های مری بوسیله داروها را زیاد می کنند. این آسیب ها شامل رشد زخم ها، خونریزی و در موارد نادر سوراخ شدگی است. داروهایی که معمولاً موجب آسیب به مری می شوند شامل آسپرین، مکمل های پتاسیم، آنتی بیوتیک و نیز داروهای مورد استفاده در درمان استئوپروز هستند.

¹ Scleroderma

² achalasia

برخی داروها بر ماهیچه یا اسفنکتر بین مری و معده اثر می کنند این ماهیچه در حالت طبیعی بهنگام غذا خوردن و بلع غذا شل می گردد. تعدادی از داروها شل شدن این ماهیچه را افزایش می دهند و علائم رفلاکس یا سوزش سر دل ایجاد می نمایند که شامل داروهای ضد فشار خون مانند نیترات، بلوکرهای کانال کلسیم، داروهای تنگی نفس مانند تتوفیلین و داروهای آنتی کولینرژیک می باشند. برخی تغییرات در روش زندگی فرد موجب کاهش آسیب وارده به مری از طریق داروها می شود که شامل:

۱- مصرف داروها با مایعات زیاد

۲- فرد قبل از مصرف داروهای خاص در جایی بنشیند یا بایستد

۳- حداقل ۳۰ دقیقه بعد از مصرف داروهای خاص دراز نکشد.

داروهایی که باعث آسیب به معده می شوند:

داروهایی مانند آسپرین و داروهای غیر استروئیدی ضد التهابی^۱ شامل ایبوپروفن^۲ و ناپرو سین^۳ قادر به ایجاد زخم هایی در مخاط معده و روده کوچک هستند. این داروها می توانند موجب درد، خونریزی و گاهاً منجر به ایجاد سوراخ در مخاط روده می شوند. برای کاهش خطر بزرگ شدن یک زخم شما می توانید...

۱- از آسپرین پوشش دار یا روده ای^۴ استفاده کنید که در این صورت خطر تحریک پذیری معده کاهش می یابد.

۲- بهنگام مصرف این داروها از مصرف نوشیدنی های الکلی خودداری نمایید.

۳- از مصرف منظم و طولانی این داروها خودداری کنید مگر اینکه دستور پزشک باشد.

¹ NSAIDS

² Ibuprofen

³ Naprosyn

⁴ enteric

۴- بهنگام مصرف این داروها استفاده از یک آنتی اسید خطر تحریک پذیری معده را کاهش می دهد.

داروهایی که موجب یبوست می شوند:

تعدادی از داروها بر حرکت کولون اثر می گذارند. یبوست ایجاد شده در اثر مصرف داروها شایع است و منجر به عبور آهسته مدفوع در طول کولون می گردد. داروهایی که به طور معمول یبوست ایجاد می کنند شامل آهن یا ویتامین های حاوی آهن، داروهای فشار خون، داروهای ضد درد و داروهای کاهنده کلسترول می باشند. برای کاهش شدت یبوست در اثر مصرف این داروها شما باید

۱- مایعات فراوان بخورید.

۲- یک رژیم غذایی حاوی فیبر بالا شامل غلات کامل، میوه ها و سبزیجات مصرف کنید.

۳- فعالیت ورزشی زیاد داشته باشید.

داروهایی که موجب اسهال می شوند:

آنتی بیوتیک ها شایع ترین داروهایی هستند که موجب اسهال می شوند. آنتی بیوتیک ها قادرند باکتریهای طبیعی موجود در لوله گوارش را تغییر دهند و منجر به رشد بیش از حد باکتری ها می شوند. آنتی بیوتیک هایی مانند کلیندامایسین^۱، آمپی سیلین^۲ و سفالوسپورین ها^۳ اغلب موجب اسهال می شوند.

¹ Clindomycin

² Ampicillin

³ Cephalosporins

بخش دوم

مری، معده و افتلالات مربوط به اسید معده

- ۱- زخم چیست ؟
- ۲- چگونه متوجه شوم که زخم دارم ؟
- ۳- تشخیص زخم چگونه صورت می گیرد ؟
- ۴- زخم چگونه تحت درمان قرار می گیرد ؟
- ۵- هلیکوباکتر پیلوری (اچ - پیلوری) چیست و چگونه متوجه شوم که آیا آن را دارم یا نه ؟
- ۶- چگونه باید اچ - پیلوری را درمان کنید ؟
- ۷- سوزش سر دل زیادی دارم آیا این به معنی آن است که بیماری رفلاکس معدی - مری (GERD) دارم ؟
- ۸- بیماری رفلاکس معدی - مری چگونه تحت درمان قرار می گیرد ؟
- ۹- مری بارت چیست ؟
- ۱۰- در بلع غذا و گاهی در بلع آب مشکل دارم. این به چه معنی است ؟
- ۱۱- اغلب سوء هاضمه دارم آیا این نشانه ای از علایم جدی است ؟

۱- زخم چیست ؟

زخم یک گودی است که در لایه داخلی معده یا روده تشکیل می شود. لایه داخلی معده و روده مخاط نامیده می شود. آسیب در لایه مخاط به دلایل مختلف ممکن است ایجاد شود. آسیب های مخاط که کوچکتر از ۵ میلی متر هستند سایش نامیده می شوند ولی آسیب های بزرگتر از ۵ میلی متر زخم نامیده می شوند که اندازه کوچک مانند یک سکه کوچک تا بزرگتر از نصف دلار بزرگی دارند. زخم ها در هر جایی از لوله گوارش از معده تا مخرج یافت می شوند ولی بیشتر در معده و دوازدهه ایجاد می شوند.

دلایلی برای ایجاد زخم ها وجود دارد. دو مورد شایع که منجر به ایجاد زخم می شوند شامل داروهای ضد التهابی و عفونت با باکتری هایی بنام اچ پیلوری است. داروهای ضد التهابی شامل آسپرین، ایبوپروفن و ناپروکسین می باشند. استفاده زیاد از این داروها می تواند منجر به ایجاد زخم شود. از طرف دیگر استفاده از استامینوفن یا تایلنول موجب ایجاد زخم نمی شود. اچ پیلوری یک نوع باکتری است که اغلب موجب ایجاد زخم های معده و دوازدهه می شود. این باکتری قادر است در محیط اسیدی معده زنده بماند و منجر به پارگی در مخاط شده و زخم بوجود می آورد. استرس منجر به ایجاد زخم نمی شود اما می تواند بهبود آن را به تأخیر بیندازد. همین طور مصرف دخانیات و استفاده زیاد از الکل بهبود زخم های معده را به تأخیر می اندازد. بیشتر زخم ها سرطانی نمی شوند اما برخی انواع خاص آنها در معده می توانند سرطانی شوند و لازم است که بوسیله دکترتان مورد پیگیری قرار گیرد.

زخم های معده و روده در ایالات متحده شایع است و بیش از ۴ میلیون نفر از زخم های معده در سال رنج می برند. تخمین زده می شود هر سال حدود ۵۰۶۵ بلیون دلار برای این زخمها هزینه می شود که شامل هزینه ی مربوط به بیمارستان، معالجه و از دست دادن کار است.

¹ Tylenol

۲- چگونه متوجه شوم که زخم دارم؟

زخم‌ها با توجه به اندازه شان یک سری علائم مختلف دارند. زخم‌های کوچک غالباً بدون دردسر هستند و علائمی را بروز نمی‌دهند ولی زخم‌های بزرگ موجب درد یا خونریزی می‌شوند. درد حاصل از یک زخم به طور معمول به صورت گاز گرفتن یا ایجاد سوزش در قسمت بالای شکم است که ممکن است ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت طول بکشد. درد معمولاً فرد را از خواب بیدار می‌کند و بیمار از دردهای گرسنگی یا از یک معده پر و هضم نشده شکایت می‌کند.

افراد مبتلا به زخم‌ها این نوع دردها را ۵-۲ ساعت بعد از خوردن غذا و همچنین بهنگام شب تجربه می‌کنند. معده مقادیر زیادی اسید بین ۱۱ شب تا ۲ بامداد تولید می‌کند و افراد مبتلا علائم مشترک و معمولی را تجربه می‌کنند. علائم دیگری که کمتر مشاهده می‌شوند شامل ایجاد حالت تهوع، کاهش اشتها و گاهی کاهش وزن است.

خوردن غذا یا شیر می‌تواند درد حاصل از زخم را آرام کند. قبل از پیدایش آنتی‌اسیدها برخی از پزشکان به بیماران خود توصیه می‌کردند که رژیم غذایی حاوی تکه‌های کوچک نان و شیر مصرف کنند تا زخم بهبود یابد. در واقع این رژیم غذایی اسیدیته شیره معده را خنثی می‌کند معمولاً به این رژیم غذایی شیر، خامه و پودر آلکالین (با خاصیت قلیایی) افزوده می‌شود. این رژیم غذایی به طور طولانی مدت استفاده نگردید زیرا داروهای قدرتمندی برای بهبود زخم‌ها ساخته شد.

اگر یک زخم رشد کند و بزرگ شود به رگ خونی مجاور آسیب وارد می‌کند و موجب خونریزی می‌گردد. خونریزی در معده موجب تهوع و استفراغ خون می‌گردد. قسمتی از خون به قسمت پایین لوله گوارش می‌رود و در این حالت هضم شده و رنگ آن از قرمز به سیاه تبدیل می‌گردد و در برخی مواقع مدفوع سیاه رنگ تنها علامت یک زخم در حال خونریزی است و این نشانه زنگ خطر است که دکتر لازم است آن را بداند و خونریزی داخلی شما را مورد بررسی قرار دهد.

زخم‌های بزرگ ممکن است موجب متورم شدن بافت‌های مجاور گردند و موجب گرفتگی و یا مسدود شدن روده شوند و از عبور غذا در لوله گوارش جلوگیری کنند و از نشانه‌های آن استفراغ

و کاهش وزن است. زخمی که موجب مسدود شدن می شود بافت اطراف آن کاملاً مشخص است و برای بهبود نیاز به جراحی و برداشتن قطعه نشان دار روده است.

به ندرت یک زخم در معده ممکن است موجب ایجاد یک حفره یا سوراخ شود و در نهایت باعث پارگی احشاء و التهاب صفاق گردد ولی در صورت بروز فوق العاده دردناک بوده و با تب همراه است. تقریباً همه زخم هایی که باعث ایجاد سوراخ در لوله گوارش می شوند نیاز به عمل جراحی دارند و برخی مواقع این حالت ها باعث مرگ می شوند. در ایالات متحده آمریکا سالانه حدود ۶۰۰۰ نفر بر اثر مشکلات ناشی از زخم ها می میرند.

۳- تشخیص زخم چگونه صورت می گیرد؟

تشخیص زخم یا به صورت عکسبرداری با پرتو ایکس از معده صورت می گیرد که عکسبرداری سری از قسمت بالای لوله گوارش (سری GI) نامیده می شود و یا توسط یک دوربین انجام می گیرد که آندوسکوپی فوقانی نامیده می شود. در عکسبرداری GI بیمار یک محلول سفید رنگ حاوی باریوم می خورد که معده را پوشش می دهد و تشخیص زخم ها با کمک پرتو ایکس صورت می گیرد که حالت دردناک ندارد. باریوم غالباً با مدفوع دفع می شود. مزیت عکسبرداری GI آن است که یک آزمایش بدون خطر و کاملاً سالم است و مریض بعد از آزمایش می تواند به خانه برود.

در آندوسکوپی یک آندوسکوپ از دهان عبور داده می شود که از طریق مری وارد معده می شود. آندوسکوپ یک لوله استوانه ای طویل است و ضخامت آن اندازه انگشت کوچک فرد بالغ است در نوک لوله یک لامپ و یک دوربین ویدئویی قرار دارد که تصاویر را به یک نمایشگر می فرستد جایی که دکتر شما می تواند آن را نگاه کند و دوربین را برای دیدن قسمت های داخلی معده هدایت کند. بیماران ۲۰ دقیقه قبل از این معاینه داروی مسکن مصرف می کنند تا حالت درد نداشته باشند. بعد از معاینه تعدادی از بیماران ممکن است تجربه درد در گلو را به مدت چندین ساعت داشته باشند ولی غالباً بعد از این مدت هیچ مورد خاصی مشاهده نمی شود. بیمارانی که پیش از آندوسکوپی داروهای آرام بخش دریافت می کنند نسبت به بیمارانی که مصرف نمی کنند برای انجام

معاینه احساس بهتری دارند. یک فایده آندوسکوپی آن است که به دکتر اجازه می دهد نمونه هایی از بافت یا بیوپسی از معده را داشته باشد که برای بررسی وجود عفونت با اچ - پیلوری و مشاهده اینکه آیا زخم حالت سرطانی دارد بکار می رود.

زخم هایی که خونریزی دارند باید به طور دقیق تحت درمان قرار گیرند، افرادی که به بیمارستان مراجعه می کنند معمولاً این عارضه را دارند. اگر از دست دادن خون معنی دار باشد یک بیمار ممکن است با کاهش فشار خون و کاهش ضربان قلب مواجه شود. در بخش اورژانس به بیماران سرم تزریق می گردد تا فشار خون آنها بالا رود. همین طور اجزای تشکیل دهنده خون بررسی می شود و اگر کاهش داشته باشند تزریق خون ضرورت پیدا می کند.

برخی مواقع برای آندوسکوپی فوقانی لازم است که خونریزی متوقف شود. پزشک ها می توانند ابزارهای کوچک را از طریق کانالهای طویل به داخل محل آسیب عبور دهند و بدینوسیله یک سری از داروهای مختلف را مستقیماً به داخل زخم وارد می کنند. همه روشها کاملاً سالم و بدون خطر هستند و از جراحی اضطراری هزاران بیمار در سال که زخم های خونریزی کننده دارند جلوگیری می کند.

۴- زخم چگونه تحت درمان قرار می گیرد ؟

امروزه داروهایی با تجویز پزشک و نیز داروهایی بدون نسخه جهت رهایی از درد ناشی از زخم سوء هاضمه و رفلاکس معدی - مری مورد استفاده قرار می گیرند. دو نوع معمول از این داروها که معمولاً مورد استفاده قرار می گیرند شامل آنتی اسیدها و قرص های کاهنده اسید معده است.

آنتی اسیدهای معمول نوشیدنیهای غلیظ و شیری رنگ هستند که معده را پوشش می دهند و تحریک پذیری ناشی از زخم را در معده آرام می کنند. آلومینیوم و منیزیم هیدروکسید مثال های مشخص در این مورد هستند این مواد با پوشش دادن معده و خنثی کردن اسید در نواحی حساس خیلی سریع عمل می کنند و معمولاً موجب برطرف شدن علائم زخم می شوند. اما داروهای مؤثرتری برای بهبودی زخم لازم است. داروهای مؤثرتر تحت عنوان داروهای کاهنده اسید نامیده

می شوند دو نوع از داروهای کاهنده اسید وجود دارند. داروهای بلوکه کننده هیستامین نظیر زانتاک^۱ یا پیپسید^۲ و مهارکننده های پمپ هیدروژن نظیر پریلوسک^۳ یا نکسیوم^۴ هستند.

هر دوی این داروها موجب کاهش تولید اسید معده می شوند و در نتیجه زخم ها بهبود می یابند. این داروها کاملاً مؤثرند و عوارض جانبی کمتری دارند تعدادی از آنها در حال حاضر بدون نسخه قابل دسترس هستند. طول درمان بستگی به نوع زخم و ویژگی های فرد بیمار دارد به طور معمول زخم های دوازدهه طی ۶-۴ هفته و زخم های معده طی ۸ هفته درمان می شوند وقتی اچ - پیلوری کشف شد استفاده از آنتی بیوتیک ها برای درمان عفونت و جلوگیری از عود کردن زخم ضرورت پیدا کرد که در این مورد در پرسشهای ۱۶ و ۱۷ مورد بحث قرار خواهد گرفت.

هیچ نوع محدودیت رژیم غذایی برای کسی که دارای یک زخم است وجود ندارد اما غذاهای معینی که علائم زخم را بدتر می کنند نباید مصرف شوند که شامل غذاهای ادویه دار، مرکبات و الکل است. استعمال دخانیات بهبودی زخم را به تأخیر می اندازد و ممکن است زخم ها عود داشته کنند. از این رو بیماران سیگاری باید از مصرف آن خودداری کنند همین طور داروهای ضد التهابی نیز باید مصرف شوند چرا که این داروها بهبودی زخم را به تأخیر می اندازند.

جراحی به ندرت لازم است و تنها زمانی که زخم ها بهبود نیابند و یا اینکه زخم ها به شکل های پیچیده ای نظیر حالت خونریزی کننده، سوراخ کنند یا حالت مسدودکنندگی داشته باشند ضرورت پیدا می کند.

۵- هلیکوباکتر پیلوری (اچ - پیلوری) چیست و چگونه متوجه شوم که آیا آن را دارم یا نه ؟

اچ - پیلوری یک باکتری است که در معده زندگی می کند و یکی از مهمترین عوامل عفونی در انسان است. این باکتری در نزدیک به نصف مردم جهان وجود دارد. اچ - پیلوری در بزرگسالان

¹ Zantac

² Pepcid

³ prilosec

⁴ Nexium

مری، معده و اختلالات مربوط به اسید معده//۳۹

شایع است اما در بچه‌ها شیوع کمتری دارد. در ایالات متحده آمریکا تخمین زده می‌شود که ۴۰-۵۰ درصد مردم اچ - پیلوری دارند. شیوع اچ پیلوری در بزرگسالان کشورهای توسعه نیافته بالای ۷۵٪ است که می‌تواند باعث عفونت در افراد شود. تصور می‌شود که پخش و گسترش اچ - پیلوری در نتیجه آلودگی آب ایجاد می‌گردد.

اغلب مردم که دارای عفونت با اچ پیلوری هستند فاقد علائم می‌باشند باکتری‌ها می‌توانند به مدت چندین سال در معده زنده بمانند بدون این که موجب ایجاد زخم و یا علائم مربوط به آن شوند. با این حال اچ - پیلوری می‌تواند موجب ایجاد زخم‌های معده و دوازدهه شود. این باکتری در لایه داخلی معده زندگی می‌کند و مواد سمی تولید می‌کند که به سلولهای تولیدکننده موکوس آسیب می‌رسانند. وجود موکوس ضروری است تا این که به عنوان یک سد محافظ بین اسید معده و لایه داخلی معده عمل کند. بدون این پوشش اسید معده می‌تواند به لایه داخلی معده آسیب وارد کند و یک زخم تشکیل دهد و آسیب لایه داخلی معده خطر تشکیل سرطان معده را افزایش دهد. یک رابطه تنگاتنگ بین اچ پیلوری و سرطان معده وجود دارد با این حال جای تعجب است که با وجود یافته‌های پزشکی جدید در این مورد تعدادی از مردم در ارتباط با عفونت‌های اچ - پیلوری غفلت می‌کنند.

چندین راه برای تشخیص اچ - پیلوری وجود دارد. یک آزمایش خون وجود دارد که به نام آزمایش پادتن نامیده می‌شود. پادتن‌ها پروتئین‌هایی هستند که بدن شما آنها را بر علیه یک ماده خارجی مانند عفونت می‌سازند. اگر در آزمایش مشخص شود که شما پادتن‌ها را در خون خود دارید نشان دهنده آن است که شما عفونت با اچ - پیلوری را داشته‌اید و یا در حال حاضر دارید. مشکل این آزمایش آن است که حتی اگر شما اچ - پیلوری را درمان کرده باشید جواب مثبت خواهید گرفت.

یک روش تشخیص دیگر آزمایش تنفس برای اچ - پیلوری است که خیلی مفید است و به شما و دکترتان می‌گوید که آیا یک عفونت فعال در معده شما وجود دارد یا خیر. به بیماران غذای مخصوص حاوی اوره داده می‌شود که اگر باکتری‌های اچ - پیلوری در معده وجود داشته باشند

اوره بوسیله آنها تجزیه شده و گازهای مشخصی را شش ها بیرون می دهند. سپس این گازها از هوای بازدمی در یک کیسه جمع آوری و آنالیز می گردد و وجود گازها تشخیص داده می شود.

سرانجام بیوپسی از معده یعنی نمونه برداری بافتی و مطالعه زیر میکروسکوپ می تواند برای تشخیص اچ - پیلوری مورد استفاده قرار گیرد. برای انجام این کار آندوسکوپی لازم است که دکتر شما داخل معده را نگاه کرده و نمونه هایی را جهت آزمایش و بررسی باکتری ها به صورت تصادفی جمع آوری می کند. این آزمایش ها معمولاً به یک یا دو روز زمان جهت مشخص شدن نتایج نیاز دارند.

۶- چگونه باید اچ - پیلوری را درمان کنید ؟

اگر اچ - پیلوری دارید بایستی که درمان شوید. اچ پیلوری می تواند زخم هایی ایجاد کند و یک فاکتور خطر برای سرطان معده است. عفونت های اچ پیلوری طی دو هفته با استفاده از آنتی بیوتیک ها درمان می گردند. باکتری ها مقاومند و برای درمان دو نوع آنتی بیوتیک متفاوت و یک داروی کاهنده اسید لازم است. این داروها تداخل عمل ندارند و معمولاً نیازی به آزمایش بعد از دوره درمانی نیست و این درمان دارویی تقریباً در تمام موارد موجب درمان عفونت می گردد.

۷- سوزش سر دل زیادی دارم آیا این به معنی آن است که بیماری رفلکس معدی مری (GERD) دارم ؟

سوزش سر دل یک نوع احساس سوزش در زیر استخوان جناغ سینه است که بعد از غذا خوردن یا بهنگام دراز کشیدن بلافاصله بعد از صرف غذا بوجود می آید. این حالت موقعی بوجود می آید که اسید معده به داخل مری برمی گردد و موجب تحریک پذیری آن و در برخی مواقع موجب آسیب به لایه داخلی مری می شود. سوزش سر دل در آمریکا خیلی شایع است و حدس زده می شود ۹۵ میلیون آمریکایی هر روز احساس سوزش سر دل دارند. این احساس معمولاً به طرف بالا و نزدیک گردن می آید و همراه با یک مزه تند و ترش در عقب گلو است.

علائم دیگر شامل گرفتگی صدا و سرفه است و همین طور اسید می تواند گلو و طنابهای صوتی را تحریک پذیر کند.

مری، معده و اختلالات مربوط به اسید معده^۱

در سوزش سر دل وقتی علائم خیلی منظم باشند احتمال آسیب به لایه داخلی مری و ابتلا به بیماری رفلاکس معدی - مری وجود دارد. افرادی که سوزش سر دل زیادی دارند و ۳ یا ۴ بار در هفته تکرار می شود و نیز کسانی که سوزش سر دل شدید در شب دارند مبتلا به بیماری رفلاکس معدی - مری هستند.

۸- بیماری رفلاکس معدی - مری چگونه تحت درمان قرار می گیرد ؟

چندین روش برای درمان GERD وجود دارد. اولین روش ایجاد تغییراتی در رژیم غذایی است. تعدادی از غذاها این بیماری را با ضعف کردن دریچه پایینی مری بدتر می کنند این دریچه یک ماهیچه حلقوی شکل است که بعد از بلع غذا باز می شود و اجازه می دهد غذا از مری وارد معده شود. وقتی که غذا داخل معده است این دریچه بسته می ماند تا این که غذا و اسید به داخل مری برگشت نشود. برخی غذاها این ماهیچه حلقوی را ضعیف تر می کنند. رژیم های غذایی که GERD را شروع می کنند شامل کافئین، الکل، شکلات، ادویه های تند و غذاهای پرچرب هستند. غذاهایی که مقدار بیشتری از گوجه فرنگی و مرکبات ترش را دارند ممکن است علائم GERD را بدتر کنند.

با ایجاد تغییراتی در روش زندگی می توان علائم GERD را کاهش داد. عدم مصرف سیگار علائم GERD را کاهش می دهد. سیگار کشیدن تولید بزاق را در دهان کاهش می دهد. بزاق وقتی از مری وارد معده می شود جهت کمک به خنثی کردن اسید معده ضروری است. بدون وجود مقادیر کافی بزاق افراد سیگاری بیشتر از افراد غیر سیگاری از بیماری GERD رنج می برند همچنین سیگار کشیدن دریچه تحتانی مری را ضعیف کرده و موجب رفلاکس اسید بیشتر می شود.

پر خوری عامل مهم دیگری در شروع GERD است، وقتی معده بیش از حد با غذا بزرگ شده باشد رفلاکس با احتمال زیاد ایجاد می گردد. این مورد یک واقعیت در افراد مبتلا به هیاتال هرنیا^۱ است. معده به طور طبیعی در شکم و زیر دیافراگم قرار دارد و مری در قفسه سینه و بالای دیافراگم قرار دارد، مری از طریق یک سوراخ در دیافراگم عبور کرده و به معده متصل می گردد. بین مری

¹ hiatal hernia

و معده یک دریچه به نام اسفنکتر تحتانی مری قرار دارد. در هیاتال هر نیا سوراخ موجود در دیافراگم یعنی جایی که مری از آن عبور می کند بزرگتر می شود و در نتیجه قسمتی از معده از طریق این سوراخ به داخل قفسه سینه رانده می شود. این حالت باعث می شود که دریچه مری - معده نشتی داشته باشد و در نتیجه اسید معده به راحتی به داخل مری رفلاکس پیدا کند.

خوردن غذای کمتر باعث می شود که فشار کمتری به دریچه وارد شود و علائم **GERD** کاهش یابد. هیاتال هر نیا در افراد بالای ۵۰ سال خیلی شایع است چرا که با گذشت سن بافت هایی که معده را سر جای خود نگه می دارند شل می شوند و این اتفاق روی می دهد متاسفانه هیچ راهی برای جلوگیری از این رویداد وجود ندارد.

افرادی که اضافه وزن دارند دارای **GERD** بیشتری هستند و معمولاً کاهش وزن به بهبودی آن کمک می کند. سایر روش های تغییر سبک زندگی شامل پرهیز از پوشیدن لباسهای تنگ و چسبنده و نخوردن غذا ۲ ساعت قبل از رفتن به رختخواب و یا دراز کشیدن است. سرانجام بیمارانی که رفلاکس معدی - مری در طول شب دارند می توانند با بالا نگه داشتن سر در حدود **15 cm** نسبت به بدن آن را کاهش دهند چرا که در این حالت نیروی جاذبه زمین به نگه داشتن اسید در داخل معده کمک می کند و از برگشت اسید به مری جلوگیری می نماید.

تعدادی از بیماران علیرغم تغییرات سبک زندگی و رژیم غذایی علائم پایداری را نشان می دهند. برای این بیماران تجویز دارویی ضرورت دارد. به طور معمول دو نوع روش درمانی وجود دارد که شامل استفاده از آنتی اسیدها و داروهای کاهنده اسید معده است. آنتی اسیدهای معمول شامل مالوکس^۱ یا میلانتا^۲ با پوشش دادن مری بعنوان یک سد محافظ از آسیب ناشی از اسید جلوگیری می کنند. این نوع از داروها سریع عمل می کنند و ناراحتی ناشی از **GERD** را برطرف می نمایند.

¹ Moalox

² Mylanta

مری، معده و اختلالات مربوط به اسید معده^{۴۳}

داروهای کاهنده اسید را می توان به دو گروه تقسیم کرد. بلوکرهای هیستامین و مهارکننده های پمپ پروتون. این داروها معمولاً دوره عمل طولانی تری دارند و علائم را به مدت طولانی تری بهبود می بخشد.

بلوکرهای هیستامین شامل رانیتیدین^۱، فاموتیدین^۲ و سایمتیدین^۳ هستند. این داروها برای بیماران با علائم متوسط و ملایم GERD سودمند هستند. مهارکننده های پمپ پروتون آنتی اسیدهای قوی هستند که در دسترس می باشند و با خاموش کردن پمپ های اسیدی در معده عمل می کنند و بدون اسید معده GERD هم وجود نخواهد داشت. این داروها شامل اُمپرازول^۴، اسومپرازول^۵، پانتوپرازول^۶، لانسوپرازول^۷ و رابپرازول^۸ هستند. این داروها در کنترل GERD در بیماران با علائم شدید خیلی سودمند است.

هر دوی بلوکرهای هیستامین و مهارکننده های پمپ پروتون کاملاً بی خطر هستند و تعدادی از بیماران که از این داروها به مدت زمان طولانی استفاده می کنند عوارض جانبی نشان نمی دهند.

گاه گاهی جراحی برای بیماران GERD ضرورت پیدا می کند. جراحی معمولاً برای بیمارانی است که علائم کنترل شده با داروها را دارند اما ترجیح می دهند به مدت طولانی دارو مصرف نکنند. در این عمل جراحی قسمت بالای معده دورادور جراحی می شود. این عمل جراحی کمک می کند تا دریچه پایینی مری بسته بماند و از رفلاکس اسید به داخل مری جلوگیری می کند.

¹ Ranitidine

² Famotidine

³ Cimetidine

⁴ Omeprazole

⁵ esomeprazole

⁶ pantoprazole

⁷ Lansoprazole

⁸ rabeprazole

۹- مری بارت چیست ؟

مری بارت موقعی ایجاد می شود که لایه داخلی قسمت پایین مری در اثر یک GERD شدید آسیب دیده باشد که یک حالت نادر و پیچیده از GERD طولانی مدت است. حالت دردناک و خونریزی ندارد این وضعیت در مردان و زنانی که سالهای زیادی به صورت روزانه و شدید سوزش سر دل داشته‌اند بوجود می آید تنه‌راهی که دکتر می‌تواند به شما بگوید که آیا مری بارت دارید انجام آندوسکوپی است. آندوسکوپی شامل قرار دادن یک دوربین انعطاف پذیر در داخل مری و بررسی لایه داخلی مری از نظر خصوصیات و تغییرات رنگ آن است و اگر تغییراتی مشاهده شود بیوپسی (نمونه برداری بافتی) برای بررسی تغییرات در نوع سلولهای لایه داخلی مری صورت می‌گیرد. یک پاتولوژیست نمونه‌ها را در زیر میکروسکوپ مورد مطالعه قرار می‌دهد. در مری بارت سلولهای لایه داخلی مری تغییر پیدا می‌کنند و به سلولهای با مشخصات مخاط روده تبدیل می‌شوند. علت دقیق این پدیده مشخص نشده است.

مری بارت یک حالت پیش سرطانی دارد، به این معنی است که سلولهای موجود در این بخش از مری می‌توانند حالت سرطانی پیدا کنند. بنابراین لازم است که این تغییرات به صورت دوره‌ای از نظر اندازه و شکل مورد بررسی قرار گیرند چراکه این تغییرات می‌توانند علامت‌های اولیه سرطان باشند. درمان مشخص برای مری بارت وجود ندارد همه بیماران مبتلا به مری بارت باید یک داروی مهارکننده پمپ پروتون در هر روز دریافت کنند تا از آسیب بیشتر ناشی از اسید جلوگیری گردد.

**** یک تجربه درمانی ****

«در همان زمان که وجود سرطان مری در من مشخص شد آنها تشخیص دادند که من مبتلا به مری بارت بوده ام. برای مری بارت آنها قادر بودند که آن را با یک روش جدید به نام بارکس درمان کنند. من اولین بیماری بودم که به روش بارکس در مرکز درمانی برلینگتون^۱ تحت درمان قرار می گرفتم. موقعی که من می خواستم تحت درمان قرار بگیرم ۹ سانتی متر از مری ام مبتلا به بارت بود و در مرحله دوم درمان یک ناحیه کوچکی از مری و نزدیک معده مبتلا بود و در اولین آزمایشات مورد بررسی حالت نرمال داشتم و مری من فاقد سرطان و بارت بود. من بعداً آندوسکوپی هم انجام خواهم داد.»

۱۰- در بلع غذا و گاهی در بلع آب مشکل دارم. این به چه معنی است ؟

مری یک لوله ماهیچه ای است که حدود ۳۵-۴۵ سانتی متر طول دارد. این لوله در طول خود بوسیله یک سری از انقباض های ماهیچه ای منظم که پریستالیتیک نامیده می شود غذا را به داخل معده می برد. بعضی وقت ها مری می تواند حالت اسپاسم یا کزازی داشته باشد و یا این که در مواردی به علت نبود انقباضهای منظم فرد مشکل بلع داشته باشد. رفلاکس اسید به داخل مری یک مورد شایع در حالت کزازی مری است این حالت ها معمولاً کوتاه مدت هستند و با آنتی اسیدها، خوردن آرام غذا و جویدن خوب غذا بهتر می شوند. برخی وقت ها اسید موجب زخم شده و به بافت های موجود در ساختار مری آسیب وارد می کند و منجر به تنگی آن می شود و در این حالت بهنگام رفتن غذا به پایین مری یک احساس چسبندگی دست می دهد که یک علامت جدی برای GERD است و درمحل چسبندگی غذا به مری ممکن است برخی مواقع گرفتگی بوجود آید.

اگر شما این علائم را دارید باید آنها را به دکتر خود بگویید. دکتر براحتی می تواند این ناحیه را بهنگام آندوسکوپی بوسیله یک بالون یا لوله کوچک مالش دهنده گشاد کند این روش بدون درد بوده و خیلی سالم است ؛ بندرت تومورهای مری می توانند موجب چسبندگی غذا شوند چراکه آنها

¹ Burlington

در داخل مری رشد می کنند و یک گرفتگی جانبی ایجاد می کنند. بنابراین لازم است که اگر چسبندگی غذا بهنگام سوزش سر دل دارید به دکتر خود بگویید تا این که آزمایش های مناسب جهت معاینه دقیق انجام گیرد.

۱۱- اغلب سوء هاضمه دارم آیا این نشانه ای از علایم جدی است ؟

سوء هاضمه خیلی شایع است. سوء هاضمه اصطلاح دیگر سوزش سر دل یا بهم خوردگی معده است. بیشتر بزرگسالان هر ماه یک یا دو بار سوء هاضمه دارند که بستگی به نوع غذای مصرفی آنها دارد. سوء هاضمه وقتی حالت جدی تری پیدا می کند که چندین بار در هفته و یا بهنگام شب اتفاق بیافتد. سوزش سر دل روزانه یا سوء هاضمه نیاز به مصرف منظم آنتی اسیدها را دارد و می تواند نشانه ای برای بیماری **GERD** باشد. اگر شما علایم پایداری از سوء هاضمه دارید به دکتر خود اطلاع دهید. در اغلب مواقع این علامتها حالتهاى جدی تری ندارند اما باید جهت اطمینان توسط دکتر مورد ارزیابی قرار گیرد.

بخش سوم

بیماری های التهابی روده (IBD)

- ۱- بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو چه نوع بیماری هایی هستند؟
- ۲- چگونه IBD گرفته ام و آیا آن مسری است؟
- ۳- چگونه متوجه می شوید که بیماری کرون یا کولیت های اولسراتیو دارید و چه تفاوتی بین آن دو است؟
- ۴- چه آزمایش هایی برای تشخیص بیماری کرون و کولیت اولسراتیو مورد استفاده قرار می گیرند؟
- ۵- آیا می توانم IBD را معالجه کنم، یا اینکه بقیه عمرم را با این بیماری سپری خواهیم کرد؟
- ۶- آیا ممکن است بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو را به بچه هایم انتقال دهم؟
- ۷- بیماری IBD چگونه تحت درمان قرار می گیرد؟
- ۸- آیا داشتن بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو فرد را مستعد ابتلا به سرطان می کند؟
- ۹- آیا رژیم غذایی مخصوصی برای افرادی که بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو دارند ضروری است؟
- ۱۰- آیا IBD علاوه بر سیستم گوارش بر سایر قسمتهای بدن اثر می کند؟
- ۱۱- اگر IBD داشته باشم آیا می توانم یک بچه سالم داشته باشم؟
- ۱۲- آیا استرس یا انتخاب سبک های زندگی خاص بر IBD اثر می کند؟
- ۱۳- کولیت های میکروسکوپی چیست؟
- ۱۴- کولیت های ایسکمی چیست؟
- ۱۵- به من گفته شده است که دایورتیکولوزیس diverticulosis دارم این به چه معنی است؟ و آیا این همان دایورتیکولایتیس diverticulitis است؟

۱- بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو چه نوع بیماری هایی هستند ؟

بیماری کولون و کولیت های اولسراتیو دو شکل معمول بیماری های التهاب روده ای (IBD) هستند. اگرچه علت بیماری IBD نامشخص است این بیماری ظاهراً در نتیجه آسیب در عملکرد طبیعی سیستم ایمنی بوجود می آید. سیستم ایمنی سیستم دفاعی طبیعی است و برای حمایت از ما در برابر مواد خارجی که به ما آسیب وارد می کنند نظیر ویروس ها، باکتری ها یا حتی سرطان عمل می کند. در بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو سیستم ایمنی به دلایلی که مشخص نشده است، مستقیماً بر علیه سیستم گوارش حمله می کند. در نتیجه در هر دوی این بیماری ها، بخش هایی از سیستم گوارش به طور مزمن ملتهب، قرمز، حساس، باد کرده و اغلب همراه با زخم ها است. این التهاب پایدار منجر به یک سری علائم مختلف می شود که شامل ناراحتی شکم، اسهال، خونریزی رکتوم، تب و کاهش وزن است.

هر دوی این بیماری ها یک طیف وسیعی از مشکلات و ناراحتی ها را بوجود می آورند تعدادی از بیماران مبتلا به بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو خیلی رنجور و ناتوان می شوند از طرف دیگر عده دیگر دارای علائم ملایم بوده که قابل کنترل هستند. بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو اغلب بر مفاصل، پوست و چشم ها اثر می کنند و نیز می توانند منجر به سوء جذب مواد مغذی و تشکیل سنگهای کلیه، سنگهای صفراوی و بیماری های دیگر شوند. افراد مبتلا به بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو که علائم شدید دارند لازم است که به طور منظم دارو مصرف نمایند و سرانجام بیش از ۸۰-۷۰ درصد افراد مبتلا به بیماری کرون و حدود ۳۵-۲۵ درصد بیماران دارای کولیت های اولسراتیو نیاز به جراحی پیدا می کنند.

**** تجربه درمانی ****

«من در خانواده ای مبتلا به کرون هستم. نزدیک به ۱۵ سال است که با این بیماری زندگی می کنم، دارای تجربه بیماری با علائم شدید و ناتوان کننده (دردهای ناتوان کننده و جراحی و عود کردن) هستم در سر تا سر این مدت هرگز اجازه ندادم که بیماری کرون بگوید که من کی هستم علاوه بر آن با وجود این که این بیماری تظاهراتی از بیماری ژنتیک من است با این حال آن را پذیرفته ام و زندگی با آن را یاد گرفته ام. بیماری کرون به روشهای مختلفی بر افراد مختلف اثرگذار است. من می توانم تجربیات شخصی خودم را با بیماری بیان کنم و امیدوارم درسهایی که یاد گرفته ام به دیگران کمک کند تا آنها یاد بگیرند چگونه این بیماری غیر قابل پیش بینی را تحت کنترل و مدیریت خود درآورند»

۲- چگونه IBD گرفته ام و آیا آن مسری است ؟

بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو به عنوان بیماری های خودایمنی در نظر گرفته می شوند. یک بیماری خودایمنی زمانی ایجاد می شود که سیستم ایمنی اشتباه می کند و شروع به حمله به سلولها و اندامهای طبیعی بدن می کند و تصور می کند که آنها مواد خارجی هستند ما نمی دانیم چرا این اتفاق می افتد. یک تئوری پیشنهاد می کند که IBD با یک عفونت نظیر عفونت ویروسی یا باکتریایی شروع می شود. حتی اگر عفونت بهبود یافته باشد التهاب مداوم می یابد که این پدیده تحت عنوان بهم خوردن تنظیم سیستم ایمنی و یا یک ضعف در سیستم بدنی در تنظیم مناسب سیستم ایمنی است. تعدادی از داروهایی که برای کنترل IBD مصرف می شوند بر روی تنظیم یا مهار سیستم ایمنی عمل می کنند، غالباً تعدادی از مردم دارای یک زمینه ژنتیکی برای ابتلا به IBD هستند با این حال تحقیقات در این زمینه ادامه دارد.

اگر IBD دارید این نکته مهم است که مطمئن شوید که خودتان در ایجاد بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو هیچ نقشی نداشته اید و نمی توانستید کاری برای پیشگیری از بیماری انجام دهید. بیماری از خوردن و یا نخوردن مواد غذایی بوجود نمی آید. مصرف زیاد الکل، قهوه، استرس کار زیاد و سخت یا کمبود خواب موجب ایجاد بیماری نمی شوند ما واقعاً دلایل ایجاد IBD را

نمی دانیم چیزی که می دانیم آن است که آن را چگونه معالجه کنیم. بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو واگیر نیستند.

۳- چگونه متوجه می شوید که بیماری کرون یا کولیت های اولسراتیو دارید و چه تفاوتی بین آن دو است ؟

از دیدگاه بیماران، بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو با علائم خیلی مشابه هم ظاهر می شوند و افراد با هر یک از این اختلالات ممکن است تجربه دردهای شکمی، خستگی و بیقراری معمول را داشته باشند. با این حال از نظر پزشکان بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو کاملاً از هم متفاوت هستند. اگرچه هر دو بیماری می توانند مزمن باشند و اغلب موجب التهاب مادام العمر روده می شوند با این حال هر کدام دارای ویژگی هایی هستند که آنها را از هم متمایز می کند.

کولیت های اولسراتیو انحصاراً کولون را درگیر می کند و اغلب همراه با خونریزی رکتوم یا اسهال خونی است. وقتی که التهاب محدود به رکتوم باشد این بیماری پروکتیت^۱ نامیده می شود. در بیماران مبتلا به پروکتیت وجود پوششی از خون قرمز در مدفوع ممکن است تنها علامت التهاب رکتومی باشد. وقتی که التهاب به سمت بالا و چپ کولون گسترش می یابد تحت عنوان کولیت سمت چپ نامیده می شود و وقتی التهاب به طرف پایین و چپ کولون گسترش می یابد تحت عنوان کولیت گسترده یا پان کولیت نامیده می شود. علاوه بر خونریزی رکتوم افراد با کولیت های سمت چپ یا گسترده اغلب دارای اسهال هستند و دردهای شکمی بهنگام حرکات دفع مدفوع کمتر است. بیماران دارای کولیت های اولسراتیو ملایم ۳ تا ۶ بار دفع ضروری در هر روز دارند که معمولاً همراه با خون قرمز است. بیماران با کولیت های اولسراتیو متوسط ۱۰-۶ بار دفع ضروری در روز دارند و در طول زمان بتدریج وزن کم می کنند و دچار کم خونی می شوند. بیماران با کولیت اولسراتیوهای شدید ۲۰-۱۵ بار دفع ضروری در روز دارند کاهش وزن معنی داری را نشان می دهند و کم خونی خیلی شدید بوجود می آید. برخی افراد اغلب تجربه اسپاسم رکتومی را مطرح می کنند که تحت عنوان زورپیچ^۲ نامیده می شود و علت آن هم التهاب شدید رکتوم است.

¹ Proctitis

² tenesmus

بیماری های التهابی روده (IBD) // ۵۱

برخلاف کولیت های اولسراتیو که قابل تشخیص بوده و می توان ویژگی های آن را بیان کرد بیماری کرون خیلی متفاوت است بنابراین تشخیص بیماری کرون ممکن است خیلی مشکل باشد چراکه به آسانی با سایر بیماری ها اشتباه گرفته می شود. در حالیکه کولیت اولسراتیو تنها کولون را مبتلا می کند بیماری کرون هر جایی از لوله گوارش از دهان تا مخرج را درگیر می کند. نشانه های بیماری کرون بر طبق ناحیه ای است که آن را مبتلا می کند. بیماری کرون ممکن است نواحی مختلف از لوله گوارش را به صورت متناوب مبتلا کند یعنی قطعات مبتلای روده به طور متناوب به صورت قطعات سالم درمی آیند.

کولیت های اولسراتیو اغلب در رکتوم شروع می شود و مستقیماً و به صورت پیوسته در داخل کولون به طرف بالا گسترش می یابد. بیماری کرون کل ضخامت دیواره روده را مبتلا می کند ولی کولیت های اولسراتیو تنها لایه داخلی رکتوم و کولون را گرفتار می کند. بیماری کرون با ایجاد آبسه و ورم در فیستول پیچیده تر می شود (فیستول لوله کوچکی است بین روده و اندامهای دیگر مانند کیسه صفرا، پوست و ناحیه مخرجی که بین آنها ارتباط برقرار می کند). این موارد هرگز در کولیت اولسراتیو ایجاد نمی شوند در نهایت در بیماری کرون برخی مواقع سلولهای معینی بنام گرانولوما ایجاد می شوند در حالیکه در کولیت های اولسراتیو این نوع سلولها ایجاد نمی گردند.

ایلئوم (قسمت انتهایی روده کوچک) در ۷۰ درصد افراد مبتلا به بیماری کرون گرفتار می شود (در ۴۰ درصد بیماران تنها ایلئوم مبتلا می شود و در ۳۰ درصد بیماران ایلئوم و سکوم با همدیگر مبتلا می گردند) افراد مبتلا به بیماری کرون در این موقعیت دارای درد در سمت راست و پایین شکم مخصوصاً بعد از غذا خوردن هستند و غالباً دارای باد شکم می باشند و ممکن است اسهال و کاهش وزن دیده شود همچنین ممکن است ایلئوم باریک شود و گرفتگی یا مسدود شدن روده اتفاق بیافتد.

بیماری کرون در ۲۰ درصد از بیماران تنها کولون را درگیر می کند که اغلب کولیت کرون^۱ نامیده می شود. از علائم آن دردهای شکمی و اسهال بدون خونریزی است اگرچه زخم ها در کولون در هر دو نوع بیماری کرون و کولیت های اولسراتیو دیده می شوند اما مشخص نشده است

¹ Crohns colitis

که چرا در کولیت کرون خونریزی رکتومی خیلی کم است و یا وجود ندارد در حالیکه خونریزی رکتوم در کولیت اولسراتیو یک نشانه غالب است.

در افرادی که بیماری کرون در سر تا سر روده کوچک پخش و انتشار می یابد. دردها، اسهال و کاهش وزن معمولاً از علامت های عمده می باشند اگر بیماری شدید باشد سوء جذب همراه با کاهش وزن معنی دار دیده می شود در افرادی که بیماری کرون معده و دوازدهه را مبتلا می کند تجربه درد شکمی فوقانی، تهوع و استفراغ از علایم عمده می باشند و همانند علایمی می باشد که بهنگام داشتن یک زخم تجربه می شود.

بعضی وقت ها تشخیص بین بیماری کرون و کولیت اولسراتیو خیلی مشکل است. این حالت موقعی بوجود می آید که بیماری کرون رکتوم و کولون را گرفتار می کند و علایمی نظیر آنچه که در کولیت اولسراتیو است را نشان می دهد در اینگونه موارد راههای مؤثرتری برای تشخیص بین این دو نوع بیماری وجود دارد که شامل :

* گرفتاری روده کوچک - در بیماری کرون ممکن است دیده شود اما هرگز در کولیت اولسراتیو دیده نمی شود.

* ظاهر شدن زخم در کولونوسکوپی - زخم های بیماری کرون مجزا از هم و عمیق هستند در حالی که زخم های کولیت اولسراتیو با هم تلاقی می کنند و سطحی هستند.

* بیوپسی - در بیماری کرون بافت دارای قسمت های توده مانند و دانه دار است در حالیکه این ویژگی در کولیت اولسراتیو وجود ندارد.

* فیستول ها و آبسه اطراف مقعد - این نشانه ها در بیماری کرون دیده می شوند ولی در کولیت اولسراتیو یافت نمی شوند.

* آزمایش خون - در بیماری کرون آزمایش¹ ASCA جواب مثبت می دهد و در بیماری کولیت اولسراتیو آزمایش² ANCA جواب مثبت می دهد. آزمایش خون به طور معمول جهت

¹ ASCA = anti - Saccharomyces cerevisiae antibody

² ANCA = antineutrophil cytoplasmic antibody

بیماری های التهابی روده (IBD) // ۵۳

تشخیص و افتراق بین بیماری کرون و کولیت اولسراتیو بکار نمی رود اما هنگامی که تشخیص بیماری هنوز قطعی نشده است و سوال برانگیز است می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

لازم است در ذهن داشته باشید که علیرغم کوشش های زیاد جهت تشخیص درست تعدادی از افراد که بیماری آنها کولیت اولسراتیو تشخیص داده شده است ممکن است سرانجام مشخص شود که این افراد بیماری کرون دارند این مورد مخصوصاً بعد از عمل جراحی که برای کولیت اولسراتیو انجام می گیرد اتفاق می افتد و به علت مشکلات بعدی که ایجاد می شود ممکن است روده کوچک گرفتار شده بعد از کولون برداشته شود.

۴- چه آزمایش هایی برای تشخیص بیماری کرون و کولیت اولسراتیو مورد استفاده قرار می گیرند ؟

یک آزمایش نمی تواند به طور یقین و صد در صد بیماری **IBD** را در فرد تعیین کند بیماری کرون و کولیت اولسراتیو بر اساس تاریخچه کلینیکی بیمار و معاینات فیزیکی و نیز یافته های رادیولوژی، آندوسکوپی و آزمایشگاهی تشخیص داده می شوند چراکه هر بیمار یک فرد است و نه کل بیماران که تحت ارزیابی تشخیصی قرار می گیرد. در زیر تعدادی از آزمایش های مختلف که برای تشخیص **IBD** انجام می گیرد را شرح می دهیم.

رادیولوژی: توضیح بررسی های رادیولوژی در سوال ۲ کتاب آورده شده است.

بافت شناسی

بیوپسی (نمونه برداری بافتی): معمولاً در طی انجام یک روش آندوسکوپی انجام می گیرد. یک تکه کوچک از بافت لایه مخاطی لوله گوارش برداشته می شود و سپس توسط یک پاتولوژیست در زیر میکروسکوپ مورد بررسی قرار می گیرد که یک آزمایش شاخص جهت تعیین ویژگی های التهاب و بررسی رشد غیرعادی سلولها و سرطان است.

آزمایش های خون

با استفاده از آزمایش های خون پزشک می تواند مشخص کند که آیا شما هر یک از علائم کم خونی، سوء تغذیه، کمبود آهن، عدم تعادل الکترولیت ها و یا سایر اختلالات را دارید. برخی مدارک نشان می دهند که آزمایش ASCA مثبت است و نشان دهنده آن است که فرد دارای بیماری کرون است و همین طور اگر آزمایش ANCA مثبت باشد بیمار دارای کولیت اولسراتیو است. این دو نوع آزمایش معمولاً روتین نیستند و برای تشخیص این بیماری ها ضروری به نظر نمی رسند.

آزمایش مدفوع

آزمایش های مدفوع برای درک اینکه آیا عفونت باکتریایی یا انگلی منجر به علائم بیماری روده ای مانند اسهال شده است انجام می گیرد. اگرچه افرادی که مدت طولانی IBD دارند یک عفونت مدفوعی شبیه سایر بیماران نشان می دهند و همین طور علائم یک عفونت مدفوعی می تواند تظاهراتی از IBD را ایجاد نماید از این رو لازم است بررسی های دقیق انجام شود از جمله اینکه آیا قبلاً توسط استروئیدها معالجه انجام گرفته است و نیز تعیین علت های سوء جذب می تواند مفید باشد.

آزمایش تنفس

آزمایش تنفس برای بررسی تحمل لاکتوز و رشد باکتری ها که ممکن است دلایل علائم شما باشند مورد استفاده قرار می گیرد.

۵- آیا می توانم IBD را معالجه کنم، یا اینکه بقیه عمرم را با این بیماری سپری خواهیم کرد؟

متأسفانه هر دو بیماری کرون و کولیت اولسراتیو از بیماریهای مزمن و مادام العمر هستند که در حال حاضر درمانی قطعی برای آنها وجود ندارد اما خوشبختانه توانایی های تشخیص مؤثر و پیشرفتهایی در درمان بخش عمده ای از افراد مبتلا به بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو را قادر

ساخته است به طور موفقیت آمیز درمان داشته باشند و احساس سلامتی کنند. هدف از درمان IBD آن است که بیمار صرف نظر از علایمی که در طی این مدت دارد از زمان و بقیه عمر خود لذت ببرد. هر از چند گاهی ممکن است شخصی را ملاقات کنید که بیان می دارد او یک بیماری IBD داشته است اما حالا درمان شده است چنین بیمارانی اندک و پراکنده اند. بیماری کرون و کولیت اولسراتیو از بیماری های مزمن هستند و افراد دارای IBD باید در نظر داشته باشند که به صورت طولانی مدت باید درمان شوند و علایم آنها تحت کنترل قرار گیرند.

۶- آیا ممکن است بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو را به بچه هایم انتقال دهم ؟

اگرچه این مورد حقیقت دارد که بیماری کرون و کولیت اولسراتیو در بین خانواده ها انتقال می یابد اما بعید است که شما آن را به بچه هایتان انتقال بدهید. IBD با اینکه یک بیماری خویشاوندی است ولی اینکه شخص مبتلا به IBD یک نسبت فامیلی مانند خاله، عمه یا عمویی داشته باشد که او هم بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو داشته باشد خیلی نادر است. در همان حال اکثریت افراد دارای بیماری کرون و کولیت اولسراتیو دارای بچه های سالم و بدون IBD هستند.

بیماری کرون و کولیت اولسراتیو یک اساس ژنتیکی دارند و ژن IBD بین نسل ها انتقال می یابد و دلیل اینکه چرا برخی افراد دارای ژن IBD به بیماری کرون و کولیت اولسراتیو مبتلا می شوند ولی در برخی دیگر از افراد بیماری بوجود نمی آید معلوم نیست در نتیجه نظریه ای برای انجام آزمایش ژنتیکی روی فرد مبتلا به IBD یا خویشاوندان وی وجود ندارد چرا که دارا بودن ژن IBD به این معنی نیست که فرد حتماً به بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو مبتلا خواهد شد. از طرفی زمانی که ژن IBD در فرد تشخیص داده شود راهی برای جلوگیری از ایجاد بیماری IBD وجود ندارد.

۷- بیماری IBD چگونه تحت درمان قرار می گیرد ؟

چندین روش درمانی مختلف برای درمان بیماری کرون و کولیت اولسراتیو استفاده می گردد و یک گروه از داروهای مختلف و جدید در مراحل مختلف بیماری مورد استفاده قرار می گیرد تعدادی از این داروها برای درمان بیماری کرون و تعدادی دیگر برای کولیت اولسراتیو و برخی دیگر از داروها برای هر دو بیماری به نحو بهتری عمل می کنند. بیمار مبتلا به کرون متفاوت از بیمار

کولیت اولسراتیو بوده و پزشکان باید با توجه به بیماری فرد و موقعیت وی و نیاز او مبادرت به تجویز داروهای مناسب کنند. به طور معمول متخصصین گوارش از یک مرحله پایه برای بدست آوردن روش درمانی مناسب استفاده می کنند. به این صورت که آنها اغلب با داروهای خیلی ملایم شروع می کنند و بر اساس پاسخ اولیه، نبود پاسخ یا بهبود علایم به کار خود ادامه می دهند و اگر در ابتدا مشخص شود که شما دارای بیماری شدید هستید از داروهای قوی تری استفاده می شود تا اینکه شما از بیماری رهایی یابید و بیماری شما سریعاً تحت کنترل قرار گیرد.

گروه نخست از داروها آنهایی هستند که برای حالت های ملایم و متوسط بیماری های کرون و کولیت اولسراتیو مورد استفاده قرار می گیرند که تحت عنوان داروهای **ASA-5** نامیده می شوند و شامل دیپنتوم (اولسالازین)^۱، کولازال (بالسالازید)^۲، آساکول (مسالامین)^۳، پنتاسا (مسالامین **CR**)^۴ و داروی جدید لیالدا (مسالامین)^۵ می باشد. این داروها از روی یک داروی اولیه بنام سولفاسالزین^۶ که سالها برای بیماری التهاب روده ای استفاده شده است طراحی و ساخته شده اند.

سولفاسالزین ابتدا در ۱۹۳۰ برای رماتیسم مفاصل پیشنهاد گردید. این دارو از آنتی بیوتیک سولفا (یک آمینوسالیسیلات) تشکیل شده است. نصف سولفا بوسیله بدن جذب می شود و مسئول قسمت عمده عوارض جانبی این دارو است و بقیه آمینوسالیسیلات در کولون می ماند و به صورت ماده فعال در مهار التهاب عمل می کند. از آنجا که سولفاسالازین جهت عملکرد خود نیاز به باکتری های کولون جهت شکستن خود دارد لذا اثر سودمندی آن خیلی به کولون محدود شده است و کمک کمتری به بیماری روده کوچک می کند و از طرف دیگر چون اساس این دارو سولفا است فردی دارای حساسیت به سولفا نمی تواند آن را مصرف نماید. سولفاسالازین اغلب باعث ناباروری در مردها می شود که اثرات آن شامل کاهش تعداد اسپرم ها، حرکت اسپرم ها و شکل غیر طبیعی

¹ Olsalazine (Dipentum)

² Balsalazide (colazal)

³ mesalamine (Asacol)

⁴ mesalamine CR (pentasa)

⁵ mesalamine (Lialda)

⁶ Sulfasalazine

بیماری های التهابی روده (IBD) // ۵۷

اسپریم هاست. این اثر جانبی بعد از قطع مصرف دارو طی چند ماه کاملاً برگشت پذیر است. باید متذکر شد که با وجود این اثرات جانبی شدید سولفاسالازین هنوز به عنوان یک داروی مؤثر در معالجه کولیت اولسراتیو و کولیت کرون به شمار می رود و امروزه به طور شایع از آن استفاده می شود.

وجود اثرات جانبی که بر اثر ترکیب سولفا (سولفاسالازین) ایجاد می گردید منجر به ساخت داروهای جدید **5-ASA** شد که در بالا از آنها نام برده شد. این داروهای جدید غالباً برای جایگاه های هدف مختلف در لوله گوارش طراحی شده اند. هدف اولیه برخی از این داروها کولون است نظیر کولازال و آساسول که برای کولیت کرون یا کولیت اولسراتیو ملایم و متوسط تجویز می گردند. برخی دیگر از این داروها برای روده کوچک است که شامل پنتاسا (مسالامین **CR**) است که برای بیماری کرون ملایم و متوسط روده کوچک تجویز می گردد. اثرات جانبی که با داروهای **5-ASA** ایجاد می شوند شامل ناراحتی روده ای، شلی مدفوع، سوء هاضمه و بیقراری و کاهش دقت است. برخی بیماران تجربه کاهش مو با داروهای مسالامین و مسالامین **CR** را داشته اند به ندرت این داروها موجب پانکراتیت می شوند و همین طور خیلی نادر مشکلات کلیوی ایجاد می کنند. یک نوع خاص از اسهال که اسهال ترشچی نامیده می شود بهنگام مصرف داروی دینتوم دیده شده است. ناباروری مردها که با سولفاسالازین گزارش شده بود با این داروهای جدید ایجاد نمی شود. برای اغلب افراد این اثرات جانبی آنقدر شدید نیستند که لازم باشد مصرف داروها قطع شوند ولی اگر علائم **IBD** بیمار با این داروها بدتر شود باید به پزشک اطلاع داده شود. داروهای **5-ASA** شبیه سولفاسالازین لازم است حداقل به مدت سه هفته مصرف شوند تا مؤثر واقع شوند.

درمان موضعی یا رکتالی در افرادی که کولیت اولسراتیو و کولیت کرون رکتوم و کولون چپ را مبتلا کرده است رایج می باشد. درمان موضعی درمانی است که در آن شما دارو را مستقیماً روی بافت بکار می برید شبیه آنچه که شما یک داروی پمادی را برای جوش پوست استفاده می کنید و همانند پوست کاربرد مستقیم دارو بر روی بافت ملتهب می تواند خیلی مؤثر باشد جهت درمان به روش فوق چهار دستورالعمل تهیه دارو و استفاده از آنها وجود دارد :

۱- کرم ها و پمادها (آنالپرام) : که در اطراف و داخل مخرج استفاده می شوند.

۲- شیاف ها (مسالامین، آنوسول) **Anusol mesalamine** که مستقیماً در داخل رکتوم قرار داده می شوند.

۳- فوم [هیدروکورتیزون استات (کورتی فوم) **cortifoam**] که در داخل رکتوم قرار داده می شود و می تواند به طرف بالا و به داخل کولون سیگموئیدی برود.

۴- تنقیه یا اماله (هیدروکورتیزون، کورتنما **cortenema**، مسالامین که در داخل رکتوم قرار داده می شود و می تواند به تمامی کولون چپ برود.

در مورد روش های درمانی فوق به طور طبیعی یک احساس بی میلی و مقاومت درباره اینکه چیزی وارد رکتوم شود وجود دارد. با این حال این داروها به یک تعداد زیاد از بیماران که حالت اورژانسی، درد رکتومی و خونریزی دارند واقعاً کمک می کند و زمانی که تمام کولون بوسیله کولیت تحت تاثیر قرار گیرد التهاب رکتوم را هم گرفتار می کند و علائم بدتری را بوجود می آورد. در بیمارانی که فقط پروکتیت دارند و التهاب محدود به رکتوم است درمان موضعی با کورتی فوم یا شیاف انجام می گیرد و در مواردی که التهاب بیشتر بوده و به داخل کولون گسترش یابد تنقیه یا اماله می تواند برای رهایی از مصرف دارو از طریق دهان مورد استفاده قرار گیرد و در برخی موقعیت ها ترکیبی از داروهای دهانی همراه با داروهای موضعی می تواند شانس معالجه بیمار را به صورت قابل توجهی افزایش دهد.

کورتیکوسترئیدها: معروف ترین آنها پردنیزون می باشد که بعنوان یک داروی اصلی برای درمان **IBD** است. پردنیزون مشهورترین دارویی است که اغلب برای افراد با بیماری کرون متوسط و شدید تجویز می گردد اگرچه غالباً این بیماران نخست با دارویی با قدرت کمتر مانند **5-ASA** درمان می گردند ولی عده دیگر ممکن است برای رهایی از بیماری به پردنیزون نیاز داشته باشند. زمان شروع مصرف پردنیزون بستگی به شدت علائم و سلیقه پزشک و بیمار هر دو دارد.

افراد با بیماری کرون و کولیت اولسراتیو که حالت های عودکنندگی دارند ممکن است نیاز به بستری در بیمارستان و تزریق داخل وریدی استروئیدها نظیر هیدروکورتیزون یا سولمدرول (**Solumedrol**) داشته باشند. این مورد معمولاً زمانی است که قرص های پردنیزون در دوزهای

بیماری های التهابی روده (IBD) // ۵۹

بالا مؤثر واقع نمی شوند. تزریق داخل وریدی مؤثرتر بوده چراکه دارو سریعاً وارد گردش خون می شود بنابراین سریع عمل می کند و حالت عودشوندگی بیماری را می تواند تحت کنترل در آورد.

پردنیزون معمولاً با دوز ۴۰-۶۰ میلی گرم در روز مصرف می شود و به صورت تدریجی علائم را بهبود می دهد. ثابت شده است که پردنیزون در القای حالت تسکین و کاهش علائم مؤثر است به عبارت دیگر پردنیزون در معالجه علائم حاد بیماری های کرون و کولیت اولسراتیو فعال مؤثر می باشد اما برای درمان طولانی مدت چندان مؤثر نیست.

لازم است یادآوری شود که پردنیزون باید به اندازه کم و به تدریج در طول زمان درمان استفاده گردد بخصوص وقتی که فرد قرار است طی چندین ماه از آن استفاده کند. قطع ناگهانی مصرف دارو در طول درمان منجر به بازگشت علائم می گردد چراکه به هنگام مصرف پردنیزون غده های آدرنال بیمار تولید طبیعی کورتیکواستروئیدها را (کورتیزون) متوقف کرده است. با کاهش تدریجی و آهسته مصرف پردنیزون غده های آدرنال بیمار قادر می شوند که از حالت خاموش بیدار شده و تولید مجدد کورتیزون را شروع کنند. بنابراین بیمار نباید مصرف پردنیزون خود را شخصاً قطع کند و یا برای رهایی از آن نگران و مضطرب باشد و اگر بیمار این کار انجام دهد احساس خیلی بدتری خواهد داشت.

متأسفانه مصرف پردنیزون غالباً همراه با اثرات جانبی کوتاه مدت و بلند مدت می باشد با اینکه فردی ممکن است این اثرات جانبی را تجربه نکرده باشد. اثرات جانبی اولیه شامل موارد زیر است: بی خوابی، افسردگی، عصبانیت، تغییر خلق و خو، هراسان و بیمناک بودن، آکنه و جوش در پوست و صورت، افزایش اشتها، افزایش وزن و هیپرگلیسمی (افزایش قند خون) می باشد. استفاده دراز مدت از این دارو همراه با دیابت، افزایش فشار خون، کاتاراکت (آب مروارید)، نکروز استخوان خاصره، استئوپروز، پوکی استخوان است به این دلایل بیشتر متخصصین گوارش تمایل به استفاده از پردنیزون تنها در مواقع نیاز دارند و سعی دارند بیماران را به مدت طولانی از دارو دور نگه دارند.

بودسوناید (**Budesonide**) یک کورتیکواستروئید جدید است که برای بیماران کرون تهیه گردیده است. با این حال برخی پزشکان از این دارو به طور موفقیت آمیز در درمان کولیت اولسراتیو و بیماری های دیگر مانند کولیت میکروسکوپی (سوال ۲۳) استفاده می کنند. بودسوناید برای درمان

بیماری کرون متوسط و شدید استفاده می گردد و به طور قابل توجهی اثرات جانبی کمتری نسبت به پردنیزون دارد. بودسوناید ممکن است قبل از پردنیزون تجویز گردد و یا اینکه به صورت متناوب برای افرادی که پردنیزون را تحمل نمی کنند مصرف شود. بودسوناید با دوز ۹ میلی گرم در روز (سه قرص هر یک ۳ میلی گرم) مصرف می گردد و لازم است دستورالعمل مصرف آن همانند پردنیزون باشد. تصمیم به استفاده از بودسوناید و یا پردنیزون بر اساس موقعیت افراد متفاوت است.

برخی بیماران ممکن است علایم بیماری را در خود حفظ کنند و لازم باشد که چند دوره از کورتیکواستروئیدها استفاده کنند و یا اینکه برخی بیماران نتوانند مصرف استروئیدها را بتدریج کم کنند بدون اینکه علایم بیماری را نشان دهند. به این گروه بیماران اصطلاحاً افراد وابسته به استروئید می گویند. با این وجود برخی دیگر از بیماران ممکن است به مقادیر بالایی از استروئیدها پاسخ ندهند که این افراد مقاوم به استروئید هستند. در این گونه موارد از داروهای دیگر که استروئیدهای میانه رو هستند استفاده می شود این گروه از داروها به نام تنظیم کننده های ایمنی نامیده می شوند. دو نوع از این داروها به نامهای آزاتیوپراین **Azathioprine** و ۶-مرکاپتوپراین (**6-MP**) نامیده می شوند. آزاتیوپراین در کبد به **6-MP** تبدیل می گردد. این داروها قابل تعویض و جابجایی هستند با اینکه دوز آنها با هم متفاوت است. برخلاف پردنیزون، آزاتیوپراین و **6-MP** می توانند برای معالجه علایم بیماری فعال مورد استفاده قرار گیرند و اغلب حالت خاموشی را به هنگام معالجه دراز مدت حفظ می کنند. نکته منفی این داروها آن است که این داروها حدود ۸-۶ هفته مصرف می شوند تا مؤثر واقع شوند و برای رسیدن به این زمان مناسب اغلب بیماران ممکن است یک اتصال با کورتیکواستروئید را لازم داشته باشند.

آزاتیوپراین و **6-MP** معمولاً به خوبی قابل تحمل هستند زیرا این داروها سیستم ایمنی را تضعیف می کنند و افراد مستعد برای عفونت زایی می شوند که غالباً کوچک و کم خطر هستند اما برخی دیگر خطرناکتر می شوند. اثرات جانبی دیگر شامل تضعیف مغز استخوان در ۲ درصد بیماران است که همراه با کاهش در تعداد گلبولهای سفید و یا تعداد گلبولهای قرمز و پلاکتهاست که با آزمایش خون این موارد قابل تشخیص می باشند. درصد کمی از بیماران ممکن است تجربه التهاب کبد را که هپاتیت نامیده می شود را داشته باشند. التهاب پانکراس که پانکراتیت نامیده می شود و به

بیماری های التهابی روده (IBD) // ۶۱

صورت نادر ممکن است سرطان غده های لنفاوی بوجود آید که تعدادی از بیماران در این مورد نگرانی دارند اما ما به آنها اطمینان می دهیم که این خطر واقعاً نادر است و نفع این دارو در کنترل بیماری **IBD** خیلی بیشتر از احتمال خطر جزئی آن است و پزشک متخصص دستور یک آزمایش خون را برای کنترل سطوح **TPMT** می دهد. **TPMT** یک آنزیم است که در بدن مسئول متابولیسم این داروها می باشد و یک درصد از افراد این آنزیم را به مقدار کافی تولید نمی کنند. در این گونه افراد لازم است که آزاتیوپراین و **6-MP** بر طبق یک دستور مشخص که از بوجود آمدن اثرات جانبی با خطر بالا جلوگیری کند داده شود.

داروی دیگر تعدیل کننده ایمنی متوترکسات نامیده می شود که اغلب برای معالجه بیماری کرون استفاده می گردد اما برای کولیت اولسراتیو مؤثر نیست. این دارو عموماً در سایر بیماری ها مانند روماتیسم مفصلی و پسوریازیس (بیماری پوستی همراه با خارش) استفاده می گردد. مصرف متوترکسات هفته ای یکبار به صورت تزریقی است. متوترکسات برای بیماران **IBD** که علائم خارج روده ای مانند آرتريت نشان می دهند مفید است. متوترکسات نباید همراه با آزاتیوپراین و **6-MP** مصرف شود که خطرات بالقوه ای دارد. اثرات جانبی غیر مشترک آن شامل سمیت کبد، شش ها و مغز استخوان است و اثرات جانبی مشترک این دارو شامل تهوع، زخم های دهان، سردرد و ریزش مو است.

سیکلوسپورین دارویی است که در بیماری کولیت اولسراتیو بیشتر استفاده می گردد. این دارو سالها بعنوان یک داروی حیاتی برای جلوگیری از پس زدن اندام پیوندی بکار گرفته شده است. در بیماران بستری که حالت های شدید کولیت اولسراتیو را دارند و به دوزهای بالای کورتیکواستروئیدهای تزریقی جواب نمی دهند مصرف می شود. سیکلوسپورین اثرات جانبی مختلف و جدی دارد که شامل بوجود آمدن بیماری های ناگهانی، خطر عفونت، اختلال در کلیه و افزایش فشار خون است و باید با دقت زیاد و تحت کنترل یک متخصص با تجربه مورد استفاده قرار گیرد.

در افرادی که شدت بیماری آنها زیاد است و نیاز به عمل جراحی دارند سیکلوسپورین می تواند مفید واقع شود و آنها را از عمل جراحی رهایی بخشد. با این حال احتمالاً در آینده عمل جراحی

برای بیمار ضرورت پیدا خواهد کرد. لازم است یادآوری شود که جراحی همیشه بعنوان یک عمل اختیاری است مخصوصاً در مواردی که بیماران با داروهای سمی فوق العاده قوی نظیر سیکلوسپورین درمان می شوند در هر حال تصمیم به انتخاب دارو درمانی یا جراحی کاملاً به ویژگی های فردی بستگی دارد و هر یک از این روش های درمانی مخالفان و موافقانی دارد و از طرفی هر یک از روش های فوق دارای جنبه های مثبت و منفی است.

خوشبختانه اخیراً داروهای جدید بدست آمده است و انقلابی در معالجه کولیت اولسراتیو و بیماری کرون ایجاد کرده است. یکی از این داروها اینفلیکسی ماب (رمیکاد) **infiximab** (**remicade**) است. این دارو در بیماری کرون، کولیت اولسراتیو و همین طور بیماری های دیگر نظیر رماتیسم مفصلی و پسوریازیس (بیماری پوستی) مورد استفاده قرار می گیرد. اینفلیکسی ماب در معالجه علائم فعال **IBD** در بیمارانی که به روشهای درمانی مرسوم پاسخ نداده اند استفاده می شود و همچنین بعنوان یک داروی نگهدارنده برای بیماران در حالت خاموشی بیماری تجویز می گردد. این دارو اغلب بعد از اینکه بیمار به یک سری از کورتیکواستروئیدها یا داروهای تعدیل کننده ایمنی نظیر آزاتیوپرین و **6-MP** پاسخ ندهد استفاده می گردد و برخی مواقع از ابتدا در افرادی که بیماری آنها شدید است استفاده می شود در بیماران بستری که دارای کولیت اولسراتیو هستند بعد از اینکه تزریق داخل وریدی کورتیکواستروئیدها جواب ندهد اینفلیکسی ماب به طور متناوب با سیکلوسپورین مورد استفاده قرار می گیرد.

اینفلیکسی ماب آنتی بادی است که در ساختار آن موادی از بدن انسان و موش وجود دارد و به صورت سرم به داخل ورید تزریق می گردد. این آنتی بادی طوری طراحی شده است که به یک پروتئین در سیستم ایمنی که بنام **TNF - α** است حمله کند چراکه این پروتئین در شروع فرایند پدیده التهاب نقش مهم و اساسی دارد. به طور معمول در یک دوره ۶ هفته ای سه بار این دارو تزریق می گردد و بعد از آن هر ۸ هفته یکبار تزریق انجام می گیرد. این دارو سریع عمل می کند و بیشتر بیماران بهبودی کامل علائم خود را بعد از دو هفته تزریق بدست می آورند و تعدادی از بیماران یک یا دو روز بعد از مصرف دارو احساس بهتری دارند. یکی از عوارض جانبی مهم اینفلیکسی ماب ایجاد یک واکنش آلرژیک است چراکه قسمت بزرگی از آن از مواد بدن موش است البته این

بیماری های التهابی روده (IBD) // ۶۳

مورد براحتی تشخیص داده می شود و قابل درمان است. سایر عوارض جانبی شامل ایجاد عفونت هاست چراکه همانند تعدیل کننده های ایمنی غالباً سیستم ایمنی را تضعیف می کند. این دارو می تواند بیماری سل را در افرادی که قبلاً به آن مبتلا شده اند و حالا بیماری در آنها خاموش و بدون علامت است را فعال کند. در این ارتباط با یک آزمایش پوستی توبرکولین یا PPD می توان مطمئن شد که فرد بیماری سل خاموش ندارد. گزارش های نادری در مورد سرطان از جمله سرطان لنفاوی وجود دارد. این دارو در افراد مبتلا به بیماری قلبی، کبدی و اختلالات عصبی مانند مالتیل اسکلروزیس (MS) نباید مورد استفاده قرار گیرد.

آدالایموماب (هومایرا) **Adalimumab (Humira)** داروی جدیدی است که اخیراً برای بیماری کرون تهیه شده است. (FDA این دارو را برای کولیت اولسراتیو تأیید نکرده است) این دارو شبیه اینفلاکسی ماب عمل می کند اما ساختار آن کاملاً انسانی است و در آن از مواد بدن موش وجود ندارد. از این لحاظ عوارض جانبی آلرژیک آن خیلی کم است. تزریق آن راحت بوده و به زمان کمتری نیاز دارد. هومایرا همانند اینفلاکسی ماب در بیماران مبتلا به کرون فعال که داروهای دیگر تأثیری در آن نداشته اند مصرف می گردد و در این موقع است که متخصص گوارش می تواند تجویز دارو را طبق یک برنامه درمانی استاندارد شروع کند. در افرادی که اینفلاکسی ماب در آنها مؤثر نبوده است و یا به علت ایجاد حساسیت و یا عوارض جانبی تحمل این دارو را ندارند از داروی هومایرا استفاده می شود.

آنتی بیوتیکهایی نظیر سیپروفلوکساسین و مترونیدازول عموماً برای درمان بیماری کرون استفاده می گردد. از آنجا که در بیماری کرون کولون افراد مبتلا شده است و عفونت های شکمی و آبسه دارند مصرف آنتی بیوتیک مفید است. آنتی بیوتیک در موارد دیگری از IBD که رشد بیش از حدی باکتری در روده وجود دارد و یا بعد از جراحی روده کوچک استفاده می شود. آنتی بیوتیک ها معمولاً در کولیت اولسراتیو استفاده نمی شوند.

۸- آیا داشتن بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو فرد را مستعد ابتلا به سرطان می کند؟

اگر کولیت اولسراتیو دارید ممکن است خطر ایجاد سرطان کولون در مقایسه با افراد معمول در شما بیشتر باشد. میزان خطر بر اساس مدت زمانی که شما کولیت اولسراتیو داشته اید و اینکه چه مقدار از کولون شما مبتلا بوده است تعیین می گردد. هرچه مدت زمان وجود بیماری کولیت اولسراتیو بیشتر باشد و نیز مقدار کولون مبتلا شده زیاد باشد احتمال بوجود آمدن سرطان کولون افزایش می یابد. خطر اضافی دیگر کلاژیت اسکروزوزی اولیه است که یک اختلال کبدی بوده و در ارتباط با بیماری کرون و کولیت اولسراتیو بوجود می آید به طور جالب فعالیت بیماری بعنوان یک فاکتور خطر در نظر گرفته نمی شود به عبارت دیگر داشتن کولیت های شدید احتمال سرطانی شدن کمتر نمی شود. باید تأکید شود که اگرچه در افراد دارای کولیت های اولسراتیو خطر سرطانی شدن بالاتر در نظر گرفته می شود این در واقع مقایسه ای است که با افراد عادی صورت گرفته است که تقریباً از ۲۰ نفر بیماران یک نفر به بیماری سرطان کولون مبتلا می شوند اگرچه داشتن کولیت اولسراتیو شما را با خطر بیشتری نسبت به افرادی که این بیماری را ندارند مواجه می سازد با این حال در گروه عمده ای از بیماران دارای کولیت اولسراتیو سرطان کولون ایجاد نمی گردد.

یک رابطه مستقیم بین مدت زمان ابتلا به کولیت اولسراتیو و احتمال ابتلا و پیشرفت سرطان وجود دارد. سرطان کولون در کولیت اولسراتیو پیچیده بندرت قبل از اینکه هشت سال از مدت بیماری بگذرد بوجود می آید اگر کولیت اولسراتیو شما محدود به کولون چپ باشد (کولیت های طرف چپ) خطر سرطان کولون معمولاً قبل از اینکه ۱۵-۱۰ سال از بیماری بگذرد بوجود نمی آید. چیزی که چندان مشخص نیست آن است که واقعاً چقدر خطر وجود دارد. مطالعات اولیه نشان داد که خطر سرطان کولون بعد از ۲۰ سال از بیماری به ۱۵ درصد و بعد از گذشت ۳۰ سال در حدود ۲۵ درصد است با این حال مطالعات اخیر خطر را بعد از گذشت ۲۰ سال حدود ۸ درصد و پس از ۳۰ سال حدود ۱۸ درصد نشان داده است.

عامل خطر دیگر وسعت کولون گرفتار شده است. وقتی کولیت اولسراتیو به رکتوم محدود شود به نظر می رسد که خطر افزایش ابتلا به سرطان وجود ندارد خطر موقعی افزایش می یابد که

بیماری های التهابی روده (IBD) // ۶۵

التهاب به طرف بالا و داخل کولون گسترش می یابد و زمانی که تمامی کولون گرفتار شده باشد خطر ابتلا به سرطان افزایش زیادی می یابد.

همانند کولیت اولسراتیو در افراد مبتلا به بیماری کرون که اثرات اولیه در کولون وجود دارد خطر سرطان کولون در آنها بیشتر از افراد عادی در نظر گرفته می شود عوامل خطر همان مدت زمان بیماری، وسعت بیماری و احتمالاً کلاژنیت اسکلروزی اولیه است در صورتی که مقدار کولون مبتلا شده و مدت زمان بیماری شبیه بیماری کولیت اولسراتیو باشد احتمال ایجاد سرطان کولون نیز تقریباً همسان خواهد بود با این حال چون در بیماری کرون وسعت کمتری از کولون در مقایسه با کولیت اولسراتیو مبتلا می شود روی هم رفته احتمال این که در یک فرد مبتلا به بیماری کرون سرطان کولون ایجاد شود کمتر از یک بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو است.

همه بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو و بیماری کرون کولونی باید در یک برنامه محافظتی در برابر دیسپلازی و سرطان شرکت کنند. دیسپلازی پیش درآمده بر سرطان کولون در هر دو بیماری کرون و کولیت اولسراتیو است از آنجا که تشخیص آن تنها بوسیله بیوپسی (نمونه برداری بافتی) امکان پذیر است بیماران لازم است تحت یک برنامه زمانی کولونوسکوپی شوند تا این که نمونه برداری های بافتی صورت بگیرد. برای بیماران با کولیت های گسترده باید یک برنامه نظارتی کولونوسکوپی بعد از این که ۸ سال از مدت بیماری بگذرد وجود داشته باشد و برای کولیت های سمت چپ بعد از ۱۵-۱۰ سال این برنامه اجرا شود و بعد از این مدت کولونوسکوپی باید سالانه انجام بگیرد.

اگر دیسپلازی یا یک غده خوش خیم پیدا شد برنامه نظارتی باید با تعداد زیاد کولونوسکوپی انجام گیرد. افراد مبتلا به بیماری کرون کولونی نیز در خطرند و برنامه های کنترلی برای آنها نیز به ترتیب فوق باید انجام گیرد.

۹- آیا رژیم غذایی مخصوصی برای افرادی که بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو دارند ضروری است؟

تغذیه قسمت مهمی از زندگی هر روز شخص است تغذیه خوب نه تنها کمک می کند که عملکرد بدن فرد بهتر باشد بلکه باعث به وجود آمدن یک سیستم ایمنی قوی شده و یک حس مثبت و بهتری به فرد دست می دهد این مسئله برای بیماران کولیت اولسراتیو و کرون نیز صادق است. به طور طبیعی هر فرد مخصوصاً افراد دارای **IBD** باید کوشش کنند که غذای سالم مصرف کنند و تعادل رژیمی غذایی داشته باشند. گفته می شود رژیم غذایی مخصوصی که بیمار باید داشته باشد وجود ندارد با این حال غذاهای معین می توانند علایم بیماری فرد را بدتر کنند باید گفت که غذایی وجود ندارد که ثابت شده باشد که باعث شروع بیماری **IBD** شود و یا غذایی وجود داشته باشد که به صورت گسترده و موفقیت آمیز التهاب **IBD** را درمان کند. **IBD** غالباً بوسیله یک حساسیت غذایی بوجود نمی آید.

اگرچه رژیم غذایی منجر به **IBD** نمی شود با این حال رژیم غذایی یک نقشی را در ایجاد علایم **IBD** دارد. همیشه چیزی را که شما می خورید یک تأثیری روی احساس شما می گذارد. محدود کردن رژیم غذایی به غذاهایی که آشفتگی روده را باعث نمی شوند می توانند کمک کنند که فرد بیمار احساس بهتری داشته باشد. این گفته حتی در مورد بیمارانی که سندروم روده تحریک پذیر (**IBS**) دارند نیز صادق است. در افراد مبتلا به **IBD** غذاهای مشخصی می توانند علایم بیماری را بدتر و شدیدتر کنند برای مثال افراد مبتلا به کرون که باریک شدن روده در آنها وجود دارد باید از غذاهایی که هضم آنها سخت است مانند میوه ها و سبزی های خام، میوه های خشک هسته دار و دانه و ذرت پرهیز کنند و قطعات گوشت گاو کمتری مصرف نمایند. طبق یک قاعده عملی فرد نیاز به جویدن زیاد دارد. غذاهایی را انتخاب کنید که فیبر کمتری داشته باشد و به طور عادی خوب تحمل شوند. این غذاها شامل ماهی، تکه های کوچکی از گوشت جوجه، سبزیجات پخته شده، برنج، سیب زمینی، تخم مرغ، پنیر و نان و میوه های نرم مانند موز می باشند. در افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو یا کرون که اسهال دارند کولون آنها مبتلا شده است و باید از خوردن نوشیدنی های کافئین دار مانند قهوه، چای و سودا خودداری کنند چراکه این مواد با تحریک روده ها اسهال را شدیدتر

بیماری های التهابی روده (IBD) ۶۷

می کنند. تعدادی از بیماران گزارش دادند که بعد از نخوردن غذاهای آماده در رستورانها علایم IBD آنها رو به بهبودی گذاشته است.

یک رژیم غذایی بنام رژیم کربوهیدراتی ویژه وجود دارد که بعنوان یک رژیم غذایی خوب برای بیماران مبتلا به کرون و کولیت اولسراتیو پیشنهاد شده است رژیم کربوهیدراتی ویژه فاقد لاکتوز، ساکاروز و حبوبات است این رژیم غذایی همچنین برای بیماران مبتلا به IBS، سلیاک مناسب است. تئوری که در پشت این رژیم غذایی وجود دارد آن است که کربوهیدراتها در یک رژیم غذایی طبیعی بعنوان انرژی برای رشد باکتری ها و مخمرها در روده کوچک می باشند و رشد این جانداران میکروسکوپی منجر به عدم تعادل شده و به مخاط روده کوچک آسیب وارد می کند و توانایی روده را در هضم و جذب همه مواد مغذی از جمله کربوهیدراتها کاهش می دهد و افزایش کربوهیدراتهای جذب نشده انرژی بیشتری را برای چرخه بدخیم رشد باکتری ها و ایجاد عدم تعادل فراهم می نماید و از طرفی تولید مواد سمی و مضر این موجودات نیز افزایش می یابد. بنابراین با مصرف این نوع رژیم غذایی و مصرف انواع خاصی از کربوهیدراتها امید می رود که از رشد باکتریها و مخمرها جلوگیری شود و مشاهده شده است این رژیم غذایی به تعدادی از بیماران کمک نموده است.

۱۰- آیا IBD علاوه بر سیستم گوارش بر سایر قسمتهای بدن اثر می کند ؟

بیماری کرون و کولیت اولسراتیو ممکن است بر تعدادی از قسمتهای مختلف بدن شما اثر کنند که اثرات خارج روده ای IBD بوده و اثرات سیستمیک نیز نامیده می شوند. چراکه کل بدن را درگیر می کنند. عوارض سیستمیک شامل خستگی، کاهش وزن، کم خونی و برخی مواقع تب های با درجه پایین است. عوارض خارج روده ای ممکن است در یک اندام خاص بروز نماید اندام هایی که تحت تأثیر قرار می گیرند شامل پوست، چشم ها، مفاصل، استخوان ها، کلیه ها، مجرای ادرار، سیستم تولیدمثلی، کیسه صفرا، کبد و سیستم گردش خون است اگرچه این لیست طولانی است اما باید گفت که عوارض خارج روده ای در هر بیماری بوجود نمی آید. تقریباً در ۲۵ درصد از افراد مبتلا به بیماری کرون و کولیت اولسراتیو ممکن است یک یا تعداد بیشتری از عوارض خارج روده ای بروز کند. عوارض مفصلی مانند آرتریت خیلی شایع است و اغلب همراه با عوارض پوستی و

چشمی تظاهر می یابد. عوارض خارج روده ای غالباً در افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو یا افرادی که بیماری کرون ابتدا کولون آنها را تحت تأثیر قرار داده بوجود می آید و در بیماری روده کوچک این عوارض کمتر دیده می شود.

این که دلیل بروز عوارض خارج روده ای چیست؟ نمی دانیم درست همان طور که دلیل ایجاد بیماری کرون و کولیت اولسراتیو را نمی دانیم. بر اساس تئوری که بیان می کند **IBD** به علت یک نقص در سیستم ایمنی بوجود می آید حال این نقص می تواند با شدت بیشتری در سایر نواحی بدن علاوه بر لوله گوارش التهاب ایجاد نماید و این که چرا برخی از بیماران عوارض خارج روده ای را بروز می دهند ولی در عده دیگر از بیماران ایجاد نمی شود هنوز به صورت یک معماست.

وجود عوارض خارج روده ای می تواند مدارک اضافی از سطح فعالیت داخلی **IBD** را نشان دهد چرا که در برخی موارد عوارض خارج روده ای ممکن است پیشرفت التهاب روده ای را آشکار کند که شما و پزشک شما از آن خبر ندارید. در حقیقت برخی افراد از عوارض خارج روده ای به عنوان علامت جهت پیش بینی بروز بیماری استفاده می کنند برای مثال یک بیمار به پزشک خود می گوید و تأکید می کند که در طی چند روز آینده نشانهایی از بیماری کولیت اولسراتیو در او بوجود خواهد آمد چرا که وی می داند اغلب بعد از یک نوع خاص از خارش و لک پوستی نشانه های بیماری در او بروز می کنند.

به طور معمول معالجه مؤثر **IBD** داخلی معمولاً باعث برطرف شدن عوارض خارج روده ای می گردد. تعدادی از عوارض خارج روده ای با این حال مستقل از **IBD** بوده و در طولانی مدت بهبودی حاصل نمی کنند. لازم است یادآوری شود که عوارض سیستمیک برخی مواقع در اثر عارضه جانبی یک دارو است و مربوط به عوارض خارج روده ای نمی باشد.

حال با این اطلاعات باید بدانید که چرا دکتر شما در هر معاینه یک سری سؤالات زیاد درباره وضعیت سلامتی و عمومی بدن مطرح می کند و فقط بر روی روده های شما توجه نمی کند. بیماری کرون و کولیت اولسراتیو می توانند نواحی مختلف بدن را علاوه بر لوله گوارش تحت تأثیر قرار دهند. در حقیقت زمانی تظاهرات خارج روده ای آنقدر شدید می شوند که بر روی عوارض داخل

روده ای فرد سایه می اندازند پس وقتی شما عوارض و نشانه های جدیدی را در خود می یابید حتی اگر بنظر برسند که آنها مربوط به بیماری روده ای شما نیست باید پزشک خود را از آنها آگاه کنید.

۱۱- اگر IBD داشته باشیم آیا می توانیم یک بچه سالم داشته باشیم؟

به طور طبیعی تعدادی از افراد مبتلا به IBD می خواهند بدانند که آیا می توانند بچه سالمی داشته باشند یا نه در هر حال جواب مثبت است و اگر شما بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو دارید می توانید بچه سالم داشته باشید. باردار بودن احتمال خطر را در زنان دارای IBD در مقایسه با زنانی که IBD ندارند افزایش نمی دهد. با این وجود مطالعات نشان می دهد که در زنانی که بیماری آنها فعال است و بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو در آنها زیاد تحت کنترل نیست در طی بارداری خطر سقط جنین، بدنیا آمدن بچه نارس یا بچه مرده افزایش می یابد. یک سری توصیه های، پزشکی وجود دارد که بیان می دارد در زنان بهنگام خاموش بودن بیماری آنها خطر بدنیا آمدن بچه نارس و کم وزن خیلی کمتر است از طرفی زنان دارای بیماری کرون و کولیت اولسراتیو که بیماری آنها در حالت خاموش باشد کمتر هستند از این رو افزایش خطر برای بارداری حالت پیچیده تری دارد. همین طور باید توجه داشت که حتی در زنان سالم که بیماری کرون و کولیت اولسراتیو را ندارند در دوره بارداری ۳-۲ درصد دچار مشکل می شوند. بنابراین اگر بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو در حالت خاموش داشته باشید می توانید بچه سالم داشته باشید ولی هنوز درصدی از خطر وراثت در هر نوع بارداری وجود دارد. با تمام مواردی که ذکر شد تعداد زیادی از زنان مبتلا به بیماری کرون و کولیت اولسراتیو بارداری های طبیعی داشته اند و بچه های سالمی به دنیا آورده اند.

بهترین زمان برای انجام بارداری وقتی است که بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو شما در حالت خاموش باشد. اگر بیماری یک زن در حالت خاموش باشد و در همان زمان حامله شود در طی دوره زایمان نیز بیماری او در حالت خاموش باقی خواهد ماند از طرف دیگر اگر زن عوارض IBD فعال داشته باشد و در همان زمان حامله گردد این علایم فعال در دوره زایمان نیز ادامه می یابد و می تواند سلامتی بچه داخل رحم را به شدت به خطر بیاندازد. بنابراین کاملاً باید دقت کرد که تا زمان تحت کنترل قرار گرفتن IBD زایمان را به تأخیر بیاندازید.

سلامتی زن و داشتن زندگی متعادل برای داشتن یک زایمان طبیعی حیاتی است قواعد پایه ای قابل اجرای برای هر نوع بارداری شامل مصرف نکردن مشروبات الکلی و سیگار نکشیدن است که این قواعد برای زنان مبتلا به کرون و کولیت اولسراتیو نیز اجرا می شود. بهتر است ابتدا تصمیم خود در مورد بارداری را با پزشک خود در میان بگذارید و او می تواند به شما کمک کند که تصمیم های خوبی را برای آینده بگیرید. در همین راستا شما باید یک متخصص زنان و زایمان را که تجربه لازم را در مورد زایمان مادران مبتلا به **IBD** را دارد انتخاب کنید. در هر حال بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو نباید در امیدواری شما به داشتن یک خانواده سالم خللی ایجاد کند.

۱۲- آیا استرس یا انتخاب سبک های زندگی خاص بر **IBD** اثر می کند؟

یافته های علمی به ما می گویند:

۱- استرس هیجانی نمی تواند باعث شود که فرد بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو را نشان دهد.

۲- استرس هیجانی نمی تواند شروع و ایجاد بیماری کرون یا کولیت اولسراتیو را القاء کند.

۳- بیماری روانی عمده ای در افراد مبتلا به کرون و کولیت اولسراتیو نسبت به جمعیت عادی شیوع ندارد.

با این که استرس و **IBD** مرتبط با هم نیستند تعدادی از بیماران قویاً احساس می کنند که زمانی استرس زیاد داشته اند مانند از دست دادن یکی از نزدیکان یا شروع یک شغل جدید و این حالت با شروع بیماری **IBD** در آنها مصادف شده است و مسلماً این فرضیه در علم و در تجربه شخص مدت زمان طولانی ادامه خواهد داشت و چالش هایی را برمی انگیزد. به هر حال اگر **IBD** دارید به هیچ وجه نباید در خود احساس گناه کنید که به خاطر داشتن یک استرس زیاد این بیماری را در خود بوجود آورده اید و مطمئناً خارج کردن این حمله از ذهن بیمار که استرس علت ایجادکننده عوارض بیماری **IBD** نیست سخت می باشد. داروهایی شبیه پردنیزون که حالتهای روحی را تغییر می دهد در مواردی باعث پیچیده تر شدن موضوع می شوند. ما می دانیم که حتی افراد بدون بیماری **IBD** که دارای حالت هیجانی و یا افسردگی هستند یک سری عوارض فیزیکی مختلف در دستگاه گوارش بروز می دهند که شامل تهوع، استفراغ، دردهای شکمی، باد کردن شکم و یا اسهال است

بیماری های التهابی روده (IBD) // ۷۱

که این شبیه آن چیزی است که فرد بعد از یک روز طولانی و کاری و یا بعد از یک نگرانی، دچار سردرد می شود.

چه بیماری **IBD** داشته باشید یا نه سیستم گوارشی شما ممکن است به تغییرات ظریف در محیط اطراف خیلی حساس باشد و آن را قبل از شما تشخیص دهد خیلی مواقع ما نمی دانیم که چگونه از حالت استرس خارج شده ایم ولی اندامهای بدن آن را به ما می گویند. یک نوع سبک زندگی که می تواند بر **IBD** اثر کند سیگار کشیدن است. به طور جالب سیگار کشیدن بیماری کرون را بدتر می کند اما واقعاً به بهتر شدن کولیت اولسراتیو کمک می نماید. تحقیقات در مورد درک ارتباط بین این موارد ادامه دارد. در افراد مبتلا به بیماری کرون که سیگار مصرف می کنند کنترل علائم بیماری مشکل است و به دارو درمانی بیشتری نیاز دارند و خطر عود بیماری بعد از جراحی هم وجود دارد. برخی گفته ها حاکی از آن است که ترک مصرف سیگار می تواند در درمان بیماری مؤثر باشد.

اثرات مصرف سیگار بر بیماری کرون خیلی پیچیده و طولانی مدت است و به راحتی قابل تفسیر نیست از جمله این که ترک مصرف سیگار به مدت یک هفته به برطرف شدن بیماری کمک می نماید از طرف دیگر در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو ترک سیگار اغلب منجر به تشدید بیماری می گردد و حتی ممکن است چند سال بعد از ترک سیگار این اتفاق بیافتد. معالجه با نیکوتین مانند استفاده از برچسب نیکوتین و اماله کردن نیکوتین برای درمان کولیت اولسراتیو مورد بررسی قرار گرفته است. اما موفقیت درمان به علت برخی از عوارض جانبی ناشی از خود نیکوتین محدود شده است. با تمام این موارد بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو نباید هرگز مصرف سیگار خود را افزایش دهند و یا خدای نکرده شروع به سیگار کشیدن کنند. فرضیه سودمندی ترک سیگار در سلامتی عمومی بدن همچنان در جای خود پایدار است.

مصرف الکل تأثیری بر **IBD** ندارد. البته محدود کردن مصرف الکل و خوردن متعادل آن همیشه یک عقیده خوبی است. برخی مردم بدون **IBD** یا با داشتن آن عوارض روده ای نظیر تحریک پذیری معده، باد کردن شکم و اسهال را به علت مصرف الکل نشان می دهند.

داروی مترونیدازول که برای درمان **IBD** مصرف می شود زمانی که با الکل مخلوط گردد عوارض جانبی خطرناکی را بوجود می آورد که طی آن معده آشفتهگی شدید پیدا کرده و تهوع و استفراغ ناشی از آن از کنترل خارج می گردد استفاده از آسپرین و (داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی) می توانند منجر به بروز **IBD** در برخی افراد گردند. یک لیست طولانی از داروهای این خانواده (**NSAIDS**) وجود دارد که شامل :

ایبوپروفن، آدوایل **Advil**، آلو **Aleve**، ناپروکسن و ناپروکسن و... است و بر طبق یک قاعده عمومی تایلنول به عنوان داروی غیر استروئیدی مدت زمانی طولانی است که مستقیماً مصرف می شود و مناسب است.

تغییر سبک زندگی اغلب به بهبود عوارض روده ای بیماری های کرون و کولیت اولسراتیو کمک می کند همان طور که قبلاً ذکر شد حتی در افرادی که **IBD** ندارند اما تجربه عوارض روده ای به علت استرس را دارند کاهش استرس برای آنها سودمند خواهد بود. سایر موارد تغییر سبک زندگی شامل داشتن رژیم غذایی سالم و مناسب، خواب شبانه خوب و ورزش منظم می توانند کمک مؤثری بنمایند. با این وجود شما باید متفکرانه دنبال این باشید که چه مسئله ای احساس شما را بهتر می نماید از طرفی باید در نظر داشت که تغییرات زندگی به طور کامل منجر به ایجاد سلامتی و معالجه بیماری که به آن مبتلا هستید نمی شود. از این رو شما نباید بدون صحبت کردن با پزشک خود داروهای خود را قطع کنید همین طور باید در نظر داشت که تغییرات سبک زندگی یک مسیر طولانی برای بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی فرد مبتلا به **IBD** است.

۱۳- کولیت های میکروسکوپی چیست ؟

کولیت های میکروسکوپی یک نوع از بیماری التهاب روده ای است که در گروه بیماری های کرون و کولیت اولسراتیو قرار می گیرد و مشابه آنها یک حالت التهابی خود ایمن است. درست همانند کولیت اولسراتیو کولیت های میکروسکوپی تنها موجب التهاب و گرفتار شدن کولون می شوند. کلمه میکروسکوپی در اصطلاح فوق ناشی از این حقیقت است که وقتی برای آزمایش کولون عمل کولونوسکوپی انجام می گیرد مخاط کولون که با چشم مشاهده می شود طبیعی به نظر

بیماری های التهابی روده (IBD) ۷۳

می رسد و تنها بعد از این که نمونه برداری بافتی (بیوپسی) انجام گرفت با مشاهده در زیر میکروسکوپ التهاب دیده می شود. کولیت های میکروسکوپی بر دو نوع هستند. کولیت های کولاژنوس و کولیت های لنفوسیتی. این دو نوع کولیت در اصل مشابه هم هستند و تنها در مشاهده میکروسکوپی تفاوت آنها مشخص می شود. در بیماری کولیت های کولاژنوس یک لایه ضخیم کلاژن در مخاط کولون وجود دارد در حالی که در بیماری کولیت های لنفوسیتی سلولهای التهابی زیادی در مخاط کولون بوجود می آید که بنام لنفوسیتها معروفند. عوارض کولیت های میکروسکوپی اغلب شامل اسهال آبدار (بدون خون) و دردهای شکمی است که منجر به حرکت در روده ها شده و با عمل دفع تکمیل می گردد. این عوارض اغلب ملایم هستند و مشابه سایر بیماری ها نظیر سندرم تحریک پذیری روده می باشند.

افرادی که به کولیت های میکروسکوپی مبتلا می شوند اغلب شامل زنان با سن ۷۰-۵۰ سال هستند اگرچه کولیت های لنفوسیتی مردان و زنان هر دو را در این سنین گرفتار می کند. تشخیص این بیماری با یک کولونوسکوپی یا سیگموئیدسکوپی و با انجام بیوپسی تصادفی صورت می گیرد. معالجه غالباً با داروهای ساده اولیه صورت می گیرد که شامل داروهای ضد اسهال شبیه لوموتایل **Lomotil**، ایمودایم **Imodium**، کولستیرامین **cholestyramine** و پتوبایسمول **peptobismol** است برای افراد با علایم متوسط داروهای مورد استفاده در بیماری کرون و کولیت اولسراتیو به خوبی جواب می دهند و موفقیت آمیز هستند و تنها در حالت های شدید بیماری داروهای قوی تری شبیه آزاتیوپراین (سؤال ۲۹) لازم است و فقط در موارد نادر انجام عمل جراحی برای برداشتن قسمتی از کولون که عوارض غیر قابل کنترل و تضعیف کننده را باعث شده است ضرورت پیدا می کند و اگر علایم بیماری علیرغم معالجه کافی تداوم داشته باشند متخصص گوارش ممکن است احتمال وجود سایر بیماری های مرتبط نظیر سلیاک اسپرو را مورد بررسی و آزمایش قرار می دهد.

برخلاف بیماری کرون و کولیت اولسراتیو، کولیت های میکروسکوپی خطر ابتلا به سرطان کولون را افزایش نمی دهند و لازم نیست کولونوسکوپی های متعدد در این ارتباط انجام گیرد غالب مردم علایم خفیف و ملایم دارند که معمولاً در طی چندین ماه با معالجه اندک یا بدون معالجه

بهبود می یابند. برگشت علایم بیماری ممکن است اتفاق بیافتد اما بندرت این بیماری زندگی را تهدید می کند.

۱۴- کولیت های ایسکمی چیست ؟

کولیت ایسکمی وقتی بوجود می آید که کولون دچار یک آسیب ناگهانی و یا کاهش در ذخایر خون به علت جراحت و یا التهاب می گردد و بر اساس عاملی که منجر به کمبود ذخیره خون شده است در دو گروه قابل بررسی می باشد. در گروه اول از بیماران کولیت ایسکمی در اثر یک گرفتگی واقعی بوجود می آید مانند ایجاد یک لخته خون در سرخرگ ها یا سیاهرگ ها که تحت عنوان بیماری اوکلاسیو می باشد. این نوع بیماری به علت یک سری وقایع مختلف ایجاد می شود از جمله بعد از جراحی رگهای خونی بزرگ، التهاب رگهای خونی بزرگ و کوچک و در مواردی که لخته های خون تشکیل می گردد. این نوع بیماری حالت خطرناک است و سریعاً با عمل جراحی یا داروهای رقیق کننده خون باید مورد معالجه و درمان قرار گیرد. در گروه دوم از بیماران افت ذخیره خونی در غیاب گرفتگی بوجود می آید مانند فردی که مقدار زیادی خون به داخل کولون وی آزاد می گردد و تحت عنوان بیماری آرام **nonocclusive** از آن نام می برند. این حالت بیماری خیلی شایع است و در این قسمت مورد بررسی قرار می گیرد.

این مورد از کولیت ایسکمی حالت حاد و کوتاه مدت دارد اما در برخی مواقع حالت مزمن پیدا می کند. این حالت از بیماری وقتی که شخص دچار کاهش فشار خون یا دهیدراتاسیون در اثر جراحی می شود بوجود می آید. بیماریهای مهم درگیر با این موارد شامل عفونت ها، دارو درمانی و دیالیز است. دو سرخرگ عمده برای تأمین خون کولون تحت عنوان سرخرگ های بالای و پایینی مزانتر هستند. این سرخرگ ها شاخه های زیادی برای تأمین قسمت عمده کولون دارند. برخی نواحی کولون در حالت طبیعی ذخیره خون کافی دارند اما در مواقعی که کولون خون زیادی از دست می دهد این نواحی حالت پشتیبان ندارند این نواحی در کولون چپ قرار دارند و شامل شبکه اسپلنیک بوده و در محل اتصال رکتوم و کولون سیگموئید قرار دارند.

بیماری های التهابی روده (IBD) // ۷۵

علائم کولیت های ایسکمی شامل اسهال خونی با حجم کم و درد شکمی قولنجی در سمت چپ است. علت ایجاد اسهال خونی آن است که بافت کولون در اثر کمبود خون حاوی اکسیژن دچار آسیب می شود و شروع به تخریب می کند. کولیت های ایسکمی در افراد بیمار و مسن اتفاق می افتد اما می تواند در افراد جوان بدون عارضه ظاهری بروز کند. برای مثال دوندۀ هایی که دو ماراتون را به طور کامل انجام می دهند و در آنها اسهال خونی در نتیجه دهیدراتاسیون شدید بوجود می آید و یا در فردی که معده ی مبتلا به برخی میکرو ارگانسیم هاست و استفراغ و اسهال دارد و در نوشیدن مایعات و نگهداری مایعات ناتوان است بوجود می آید. داروهای مخصوصی که برای کولیت های ایسکمی مورد استفاده قرار می گیرند شامل: کوکائین، دایگوکسین، ضد التهاب های غیر استروئیدی، استروژن ها، آلوسترون **alosetron**، دانازول **danazol**، تگاسرود **tegaserod**، سایمواستاتین **simvastotin**، ساماتیراپتان **sumatriptan** و دایورتیک ها **diuretics** هستند و تعدادی از این داروها به طور مشترک تجویز می شوند.

تشخیص کولیت های ایسکمی معمولاً با بیان یک تاریخچه دقیق صورت می گیرد تا این که مشخص شود چه عاملی موجب بروز علائم شده است و اگر لازم باشد یک کولونوسکوپی محدود یا سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای نگاه کردن به طرف چپ کولون می تواند مشکل را آشکار کند و متخصص گوارش بوسیله یک کولونوسکوپ به داخل کولون نگاه می کند. کولیت های ایسکمی معمولاً متفاوت از بیماری های دیگر التهابی می باشند. کولیت های ایسکمی اغلب خیلی بزرگ و گسترده ظاهر می شوند و دو ناحیه مجزا از کولون را که در بالا ذکر شد درگیر می کنند و انجام نمونه برداری بافتی (بیوپسی) از نواحی مبتلا غالباً تشخیص را مطمئن تر می کند. کولیت های ایسکمی معمولاً دوره کوتاهی دارند و تهدید کننده زندگی نیستند و اغلب افراد حالت سلامت خود را به طور کامل بدست می آورند. برخی از افراد ممکن است به کارهای اورژانسی نیاز پیدا کنند که در این صورت در بیمارستان پذیرش و بستری می شوند و از آنتی بیوتیک نیز استفاده می شود و اگر آسیب وارده به کولون شدید یا طولانی مدت باشد اختلالاتی نظیر تنگی در کولون و سوراخ بوجود می آید. این نوع از اختلالات خیلی جدی هستند و اغلب نیاز به جراحی دارند.

۱۵- به من گفته شده است که دایورتیکولوزیس diverticulosis دارم این به چه معنی است؟ و آیا این همان دایورتیکولاییتیس diverticulitis است؟

دایورتیکولوزیس شامل کیسه ها و توده های خوش خیم در کولون است. هر کیسه منفرد بنام یک دایورتیکولوم نامیده می شود و مجموع آنها را در یک گروه بنام دایورتیکولوزیس می نامند این توده ها در دیواره ماهیچه ای کولون یافت می شوند یعنی جایی که در اثر ورود طبیعی سرخرگ های کوچک اندکی نازک شده است. تصور بر این است که بر اثر کشش ایجاد شده در دیواره کولون بر اثر گاز یا مدفوع دایورتیکولوزیس بوجود می آید. این حالت از بیماری اغلب در جوامع غربی و در کشورهای صنعتی نظیر ایالات متحده امریکا دیده می شود که به علت وجود فیر نسبتاً کم در رژیم غذایی بوجود می آید.

دایورتیکولوزیس در هر جایی از کولون می تواند اتفاق بیافتد اما در غالب موارد از کولون سمت چپ شروع می شود و در طولانی مدت ممکن است به سرتاسر کولون گسترش یابد. این کیسه های نازک به راحتی در لایه مخاطی کولون بهنگام کولونوسکوپی یا سی تی اسکن مشاهده می شود. یک روش برای جلوگیری از ایجاد دایورتیکولوزیس خوردن رژیم غذایی با فیبر زیاد است. این روش به حجیم شدن مدفوع کمک کرده و حرکت آن را در طول کولون میسر می کند.

دایورتیکولوزیس با افزایش سن شایع تر می شود و تقریباً ۵ درصد مردم را در ۴۰ سالگی و ۳۰ درصد را در ۶۰ سالگی و ۶۵ درصد مردم را در سن ۸۵ سالگی گرفتار می کند. بعضی وقت ها افراد جوان نیز به دایورتیکولوزیس مبتلا می شوند ولی این حالت خیلی کمتر است. دایورتیکولوزیس به طور شایع در کولون سمت چپ شروع می شود اما در افراد جوان غالباً در کولون سمت راست ایجاد می گردد عمده افراد مبتلا به این بیماری هرگز نگرانی و اضطراب در این ارتباط ندارند و تا زمان انجام کولونوسکوپی ممکن است از بیماری خود اطلاع نداشته باشند. دو نوع مشکل بالقوه می تواند در دایورتیکولوزیس ایجاد گردد. کیسه های نازک ممکن است خونریزی کنند و عفونی شوند که در این حالت دایورتیکولوزیس نامیده می شود. تقریباً در ۱۵-۵ درصد افراد مبتلا به

بیماری های التهابی روده (IBD) ۷۷///

دایورتیکولوزیس خونریزی ایجاد می شود و در حدود ۲۵-۱۵ درصد افراد دایورتیکولاتیس ایجاد می گردد.

خونریزی دایورتیکولی که در بالا ذکر شد غیر شایع است. موقعی که دایورتیکولوم گسترش یابد موجب کشش و فشار شده و زخم در سرخرگ های کوچک را موجب می شود.

بخش چهارم

سوء جذب و سوء تغذیه

- ۱- گوارش و هضم غذا چگونه صورت می گیرد؟
- ۲- سوء جذب چیست؟ و آیا همان سوء جذب مواد مغذی می باشد؟
- ۳- شما چگونه متوجه می شوید که سوء جذب مواد غذایی دارید و دچار سوء تغذیه شده اید؟
- ۴- اثرات دراز مدت سوء جذب چیست؟
- ۵- بیماری سلیاک چیست و چگونه درمان می گردد؟
- ۶- چگونه متوجه شوم که عدم تحمل به لاکتوز دارم؟
- ۷- کمبود کدام مواد معدنی و ویتامین ها شایع است؟
- ۸- آیا عفونت می تواند منجر به سوء جذب گردد؟
- ۹- سندرم روده کوچک چیست؟
- ۱۰- اندکس توده بدن (Body Mass Index (BMI) چیست و چگونه محاسبه می شود؟
- ۱۱- چگونه متوجه شوم که یک حساسیت غذایی دارم؟

۱- گوارش و هضم غذا چگونه صورت می گیرد؟

هدف سیستم گوارش ما جذب مواد مغذی مهم مانند ویتامین ها و مواد معدنی از غذاست. پروتئین ها، کربوهیدراتها و چربی ها جذب شده و به انرژی تبدیل می شوند که از آن برای انجام فعالیتهای روزانه استفاده می کنیم. فرآیند گوارش در دهان جایی که غذا وارد می شود شروع می گردد سپس غذا وارد معده می شود جایی که غذا در آن گوارش می یابد و روده کوچک جایی است که غذا گوارش و تجزیه شده و جذب می شود و در انتها کولون جایی است که مواد باقیمانده حاصل از گوارش غذا به بیرون فرستاده می شود. ابتدا دندان های ما غذا را به قطعات خیلی کوچک قابل جذب تبدیل می کنند. جویدن موجب تحریک تولید بزاق می شود. بزاق از آنزیم های گوارشی که هضم نشاسته را انجام می دهند تشکیل شده است. بزاق به انتقال غذا به داخل بخش بعدی لوله گوارش کمک می کند. بعد از این که غذا بلعیده شد وارد لوله ماهیچه ای بنام مری می شود و از آنجا وارد معده می شود و معده با دو مکانیسم غذا را گوارش می دهد ابتدا معده بعنوان یک اندام مکانیکی عمل می کند و مکانیسم دوم آن آزاد کردن اسید معده و آنزیم های گوارشی از معده است که باعث گوارش و هضم غذا می شوند. معده ترکیبی بنام فاکتور داخلی ترشح می کند که به جذب ویتامین ب ۱۲ کمک می کند.

بعد از فرآیند گوارش در معده غذا به داخل روده کوچک آزاد می شود جایی که گوارش غذا ادامه یافته و مواد مغذی آن جذب می گردد. روده کوچک به طول ۲۲ feet است که از سه قسمت اصلی بنامهای دندونوم (دوازدهه)، ژژنوم و ایلئوم تشکیل شده است. دوازدهه محلی است که آنزیمها باعث گوارش قندها می شوند. شیره های گوارش از کبد و پانکراس به داخل دوازدهه وارد می شوند. ترشحات پانکراس شامل آنزیم هایی برای گوارش چربی ها، پروتئین ها و کربوهیدراتهاست. صرفاً از کبد آزاد شده و به گوارش چربی کمک می کند. ویتامین ها و مواد معدنی غالباً در روده کوچک جذب می شوند. مواد غذایی که جذب نمی شوند وارد کولون می گردند. کار اصلی کولون بازجذب مایعات است و در نهایت مواد باقی مانده مدفوع را می سازند که از طریق رکتوم به خارج از بدن فرستاده می شود.

۲- سوء جذب چیست؟ و آیا همان سوء جذب مواد مغذی می باشد؟

به طور طبیعی بعد از این که غذا گوارش پیدا کرد مواد مغذی آن در روده کوچک جذب می شود سوء جذب ناتوانی بدن شخص در جذب مواد مغذی از غذای کامل است. سوء جذب ممکن است در اثر یک بیماری بوجود بیاید که در گوارش غذا یا در جذب آن اختلال ایجاد می کند. اگر سوء جذب مواد مغذی به مدت طولانی ادامه یابد سوء تغذیه ایجاد می شود. سوء تغذیه زمانی بوجود می آید که بدن مواد مغذی سودمند را جهت سلامتی و عملکرد خود بدست نمی آورد.

گوارش توسط برخی از بیماری ها می تواند تحت تأثیر قرار گیرد در برخی موارد یک بخش از معده فرد طی یک عمل جراحی برداشته می شود سایر اختلالات ممکن است باعث شوند که بدن آنزیمهای گوارش کافی برای هضم غذا تولید نکند بعلاوه تولید نشدن صفرا بوسیله کبد، زیادی اسید معده یا زیادی باکتری ها در روده کوچک ممکن است در گوارش غذا اختلال ایجاد نمایند. سوء جذب مواد مغذی همین طور بوسیله اختلالاتی که به مخاط روده کوچک آسیب وارد می کنند بوجود می آید که این موارد شامل برداشتن قسمتی از روده در طی یک عمل جراحی، عفونت ها، مصرف داروها، بیماری کرون و یا برخی سرطان ها هستند. فیروزسیستیک یک بیماری وراثتی است که موکوس و غده های sweat منجر به سوء جذب می شوند این بیماری همچنین بر ششها، پانکراس، کبد، روده ها و سینوس ها اثر می کند. موکوس به طور طبیعی آبکی است و مخاط اندامها را مرطوب نگه می دارد تا از ایجاد عفونت جلوگیری شود. در بیماری فیروزسیستیک یک ژن غیرطبیعی باعث می شود که موکوس چسبنده و ضخیم گردد. برای مثال موکوس در مجاری پانکراس باعث مسدود شدن آنها شده و آنزیم های گوارشی تولید شده در پانکراس به روده باریک نمی رسند که در نتیجه چربی ها و پروتئین ها به طور کامل جذب نمی شوند. التهاب مزمن پانکراس می تواند منجر به پانکراستیتیک شود و پانکراس قادر به تولید آنزیمهای گوارش نخواهد بود.

عدم تحمل لاکتوز یک اختلال شایع است که بوسیله کمبود آنزیم لاکتاز بوجود می آید این آنزیم جهت گوارش قند مواد غذایی لازم است و در نبود این آنزیم فرد بهنگام خوردن شیر علائمی مانند اسهال، قولنج و تولید گاز در روده را خواهد داشت.

بیماری سلیاک یک اختلال وراثتی است که می تواند باعث سوء جذب گردد. در این بیماری عدم تحمل به گلوتن وجود دارد گلوتن یک پروتئین است که در گندم و جو یافت می شود. در بیماری سلیاک مخاط روده آسیب می بیند و قادر به جذب مواد مغذی به اندازه کافی نیست.

تروپیکال اسپرو یک بیماری است که در آن مخاط روده کوچک آسیب می بیند. این بیماری در نواحی استوایی یافت می شود و تصور بر آن است که بوسیله یک عامل عفونی ایجاد شده باشد. خوشبختانه این مورد به راحتی بوسیله آنتی بیوتیک ها درمان می گردد.

بیماری واپیل یک اختلال نادر است که غالباً مردان میانسال را گرفتار می کند. در این اختلال یک نوع باکتری به روده کوچک آسیب وارد می کند که نتیجه آن سوء جذب است و عوارض این بیماری شامل تب، آرتریت، تغییرات پوستی و اختلال ذهنی است.

۳- شما چگونه متوجه می شوید که سوء جذب مواد غذایی دارید و دچار سوء تغذیه شده اید ؟

سوء تغذیه موقعی روی می دهد که فرد مواد غذایی کافی را برای حفظ سلامتی عملکردهای بدن دریافت نمی کند. این حالت می تواند در نتیجه یک رژیم غذایی نامتعادل و یا با ایجاد مشکل در گوارش و یا جذب مواد مغذی باشد. به طور معمول افراد دچار سوء تغذیه انرژی کافی از رژیم غذایی دریافت نمی کنند. رژیم غذایی آنها ممکن است فاقد پروتئین های مهم، ویتامین ها و یا مواد معدنی باشد. سوء تغذیه حتی با کمبود یک نوع ویتامین نیز بوجود می آید.

در ایالات متحده امریکا کمتر از یک درصد بچه ها دچار سوء تغذیه هستند با این حال سوء تغذیه یک مشکل بزرگ برای بچه ها در کشورهای در حال توسعه است. بیشتر از نصف بچه ها در آسیا و بیشتر از یک سوم بچه ها در افریقا دچار سوء تغذیه انرژی پروتئین هستند. علت بیشتر از نصف مرگ و میر بچه ها در این نواحی سوء تغذیه است. بچه ها ممکن است وزن کافی نداشته باشند و رشد بدنی آنها کم باشد این وضعیت توانایی آنها را در مبارزه با بیماری ها کاهش می دهد. آنها ممکن است مشکلات رفتاری شبیه زودرنجی، نگرانی، مشکل در تمرکز حواس و کمبودهای ذهنی داشته باشند.

کواشیورکور و ماراسموس دو نوع از کمبودهای تغذیه ای مرتبط با پروتئین و انرژی هستند. در کواشیورکور اخذ انرژی کافی است اما دریافت پروتئین ناکافی می باشد و در ماراسموس دریافت پروتئین و انرژی هر دو ناکافی می باشند. افرادی که از کواشیورکور رنج می برند به نشان باد کرد و حالت خیز پیدا می کند و سایر تغییرات شامل عوارض دهانی، تورم شکم در اثر کاهش عضلات، آسیب پوست، تغییر رنگ موها و نازک شدن موها می باشد. سوء تغذیه پروتئین - کالری اغلب همراه با کمبودهای مواد معدنی و ویتامین هاست. کمبودهای خیلی شایع و گسترده در جهان شامل کمبود آهن، ید، روی و ویتامین A است.

در کشورهای در حال توسعه غذای ناکافی کمتر منجر به سوء تغذیه می شود در عوض فرد معمولاً به علت یک بیماری طولانی مدت دچار سوء تغذیه می شود که ناشی از افزایش نیازهای انرژی بدن برای مقابله با بیماری می باشد. بیماری معمولاً در هضم و جذب مواد غذایی تأثیر می گذارد. مثال هایی از بیماری های مزمن شامل فیبروزسیستیک، بیماری کلیه، سرطانها، بیماری قلبی، بیماریهای سیستم عصبی و ماهیچه ای و بیماری التهاب روده ای می باشند. این موارد ممکن است در بچه هایی که زودتر از موعد متولد شده اند و یک رشد تأخیری دارند و یا در بچه هایی که در معرض الکل قرار گرفته اند دیده شود. اگر فرد مشکوک به سوء تغذیه باشد پزشک آزمایش خون که شامل شمارش سلولهای خون، پروتئین ها و ویتامین هاست را می نویسد و سایر آزمایش ها بستگی به علائم و نشانه های اختصاصی دارد.

۴- اثرات دراز مدت سوء جذب چیست ؟

سوء جذب ممکن است منجر به کمبود همه مواد غذایی یا کمبود انتخابی برخی از مواد غذایی یعنی پروتئین ها، چربی ها، قندها، ویتامین ها یا مواد معدنی شود علائم مربوط به کمبود یک نوع ماده غذایی اختصاصی است. برای مثال کمبود پروتئین منجر به خیز در بدن، خشکی پوست و ریزش مو می شود. جذب ناکافی چربی ممکن است منجر به ایجاد مدفوع به رنگ روشن، نرم، حجیم و با بوی متعفن شود و جذب ناکافی قندها منجر به اسهال پر سر و صدا، باد کردن شکم و نفخ می شود. اثرات دراز مدت سوء تغذیه شامل کاهش وزن، خستگی، رشد تأخیری، دردهای استخوان و مفاصل، شب گوزی، ناباروری و آشفته گی هایی نظیر نگرانی، بی قراری و افسردگی است.

۵- بیماری سلیاک چیست و چگونه درمان می گردد؟

بیماری سلیاک یک اختلال گوارشی است که به علت حساسیت به غذاهای حاوی گلوتن ایجاد می شود. گلوتن در گندم و جو یافت می شود و در روده کوچک یک واکنش خود ایمنی ایجاد می کند که نتیجه آن سوء جذب است. اسامی دیگر بیماری سلیاک، اسپرو غیر گرمسیری، بیماری حساس به گلوتن و اسپرو سلیاک است. ما دقیقاً نمی دانیم که چه تعداد از افراد بیماری سلیاک را دارند برخی حدس می زنند که تعداد افراد مبتلا بیش از دو میلیون نفر در ایالات متحده امریکا باشند. تعدادی از افراد مبتلا به بیماری علایم آن را نشان نمی دهند. این بیماری غالباً در مردم اروپای غربی و افرادی که از این ناحیه مهاجرت کرده اند مشاهده می شود. در برخی نواحی اروپا شیوع آن ممکن است به یک درصد برسد. اگر یکی از اعضای خانواده این بیماری را داشته باشد احتمال مبتلا شدن افراد دیگر خانواده بیشتر خواهد بود.

همان طور که قبلاً در سؤال ۳۸ توضیح داده شد روده کوچک شامل تعدادی برجستگی های انگشت مانند بنام پرز است. این پرزها به جذب مواد غذایی و انرژی از غذایی که خورده ایم کمک می کنند. در بیماری سلیاک گلوتن منجر به یک نوع واکنشی می شود که موجب التهاب و تخریب پرزها می گردد و نتیجه این واکنش ناتوانی در جذب مواد غذایی معین است. علاوه بر گندم و جو گلوتن ممکن است در برخی مواد غذایی مانند سوپ ها، گوشت سرد با پنیر یخ زده، شکلات و برخی داروها وجود داشته باشد.

افرادی که در آنها بیماری سلیاک تشخیص داده شده است حالت های متفاوتی دارند. تعدادی از آنها علایمی مانند دردهای شکمی، وجود گاز در روده، باد کردن شکم و یا اسهال دارند. به طور متناوب آنها ممکن است کاهش وزن، خستگی، کج خلقی و ناباروری را داشته باشند. تعدادی دیگر از بیماران علایمی ندارند اما ممکن است آزمایشهای کبدی غیر طبیعی یا کم خونی را نشان دهند. بچه های مبتلا اغلب دارای کمبودهای رشد هستند.

بیماران مبتلا به سلیاک پادتن هایی تولید می کنند که توسط آزمایش خون می توان آنها را اندازه گرفت. برخی از آزمایشهایی که دکتر از شما می خواهد شامل: آنتی اندومایزال

anti-endomysial، آنتی ترانس گلوتامیناز بافتی **anti-tissue-transglutaminase** و یا آنتی پادتن های گلیادین **anti-gliadin-antibodies** است. این آزمایش ها خیلی دقیق هستند با این حال درصد کمی از مردم که بیماری سلیاک دارند ممکن است بیماری شان با آزمایش دیگری مشخص شود. یک نمونه برداری ساده (بیوپسی) از روده کوچک در طی آندوسکوپی فوقانی (سؤال ۲) اطلاعات بیشتری را جهت تشخیص بیماری فراهم می نماید. سطح روده کوچک افراد مبتلا در مشاهده آندوسکوپی به صورت مسطح ظاهر می شود.

در غالب موارد در کسانی که بیماری سلیاک آنها درمان نشده است ممکن است اختلالات دیگری ایجاد گردد. سوء تغذیه منجر به کمبودهای ویتامین **A, D, E, K**، آهن، اسید فولیک و کلسیم می شود و در نهایت موجب کم خونی، بیماری استخوان، کاهش وزن و سنگ کلیه بوجود می آید. همچنین در بیماران ممکن است عدم تحمل لاکتوز، سرطان روده کوچک و اختلالات عصبی بروز کند.

بهترین درمان برای بیماری سلیاک خودداری از مصرف محصولات حاوی گلوتن است. با عدم مصرف گلوتن التهاب در روده کاهش می یابد و روده کوچک شروع به ترمیم خود در طی چندین هفته می کند. شما ممکن است در صورت پایین آمدن برخی مواد بدن به مکمل های غذایی نیاز پیدا کنید بعلاوه گندم و جو نباید مصرف گردد و نیز غذاهایی که احتمال وجود گلوتن در آنها وجود دارد نباید مصرف شوند. به طور معمول گوشت ها، ماهی، محصولات لبنی، میوه ها، سبزیجات، برنج، سیب زمینی و سویا عاری از گلوتن هستند و در بازار محصولات تولیدی که دارای برچسب عاری از گلوتن باشند زیاد شده و در دسترس می باشند. همین طور وب سایت هایی برای بیماری سلیاک وجود و گروه های اجتماعی حمایت کننده می توانند مدیریت رژیم غذایی شما را بهتر کنند و راهنمایی های خوبی برای شما ارائه می کنند.

به ندرت برخی بیماران با رعایت یک رژیم غذایی سخت گیرانه ممکن است بهبودی حاصل نکنند این گونه بیماران برای درمان نیاز به ارو درمانی دارند تا این که التهاب روده کوچک در آنها کاهش پیدا کند. در این بیماران تغذیه درون وریدی هم ممکن است بکار گرفته شود.

۶- چگونه متوجه شوم که عدم تحمل به لاکتوز دارم؟

در عدم تحمل لاکتوز روده کوچک قادر به تجزیه محصولات شیر مصرفی نیست. در ایالات متحده آمریکا ۵۰-۳۰ میلیون نفر از افراد از این بیماری رنج می‌برند در بومی‌های آمریکا و آمریکایی‌های آفریقایی و آسیایی تبار تعداد افراد مبتلا زیاد است. در نوزادان زودرس خطر ابتلا به این بیماری زیاد است و این نوزادان اغلب کمبود آنزیم لاکتاز را دارند.

محصولات شیر شامل یک قند بنام لاکتوز است. لاکتوز از دو قند ساده بنام‌های گلوکز و گالاکتوز که بوسیله یک پیوند به هم متصل شده‌اند تشکیل می‌شود. برای گوارش لاکتوز لازم است این پیوند توسط آنزیمی بنام لاکتاز شکسته شود که در حالت طبیعی در روده کوچک این آنزیم وجود دارد. بعد از شکسته شدن پیوند قندهای ساده به داخل جریان خون جذب می‌شوند و مقادیر متفاوتی از آنزیم لاکتاز در روده ممکن است وجود داشته باشد و بنابراین درجات و میزان علائم بیماری متفاوت است. فردی با کمبود خفیف لاکتاز می‌تواند مقدار لاکتوز مصرفی را تحمل کند در حالی که افراد با کمبود شدید لاکتاز هیچ‌گونه محصولات حاوی لاکتوز را تحمل نمی‌کنند. لاکتوز گوارش نیافته به داخل کولون وارد می‌شود و بوسیله باکتری‌ها تجزیه شده و منجر به بروز علائم می‌گردد. افراد مبتلا معمولاً نیم ساعت پس از مصرف لاکتوز از ناراحتی‌هایی مانند باد کردن شکم، اسهال، قولنج و گاز شکم رنج می‌برند.

تشخیص عدم تحمل لاکتوز ممکن است مشکل باشد چراکه علائم مشابهی را با بیماری‌های دیگر دارد. اگر شما مشکوک به این بیماری باشید پزشک یک آزمایش تنفس هیدروژن برای شما می‌نویسد. در این آزمایش شما مایع حاوی لاکتوز را می‌خورید و سپس مقدار هیدروژن در فواصل زمانی مختلف در هوای تنفسی شما اندازه‌گیری می‌شود که در حالت طبیعی یک مقدار کم را نشان می‌دهد ولی در کمبود لاکتاز باکتری‌های داخل کولون گوارش نیافته را تخمیر و هیدروژن تولید می‌کنند و در نتیجه سطح هیدروژن افزایش می‌یابد.

دارویی برای تأثیر در بدن شما و افزایش دادن تولید لاکتاز وجود ندارد با این حال عدم تحمل لاکتاز به راحتی توسط رژیم غذایی قابل کنترل است. بیشتر افراد مبتلا مقادیر کمی از محصولات

حاوی لاکتوز را مصرف می نمایند. میزان مصرف محصولات حاوی لاکتوز اغلب بوسیله آزمایش و خطا تعیین می شود معمولاً نوشیدن شیر با کنجاله و بلغور مرحله گوارش را آهسته تر می کند و ممکن است به بهبود علائم کمک کند. در سوپرمارکت ها محصولات عاری از لاکتوز یا لاکتوز کاهش یافته وجود دارد و اگر مقادیر کم لاکتوز موجب بروز علائم شود قرص ها و مایعات حاوی آنزیم لاکتاز بدون نسخه در بازار در دسترس می باشد. اگر از مصرف محصولات لبنی خودداری کنید لازم است که کلسیم مورد نیاز خود را از منابع دیگر تأمین نمایید. غذاهای حاوی کلسیم شامل شیر، سویا، ماهی قزل آلا و کلم بروکلی می باشند که باید مصرف شوند. بعلاوه به طور یقین شما برای تأمین کامل نیازهای خود به مکمل های غذایی نیاز خواهید داشت. منابع دیگری که ممکن است لاکتوز در آنها باشد و شما از آن آگاهی نداشته باشید شامل غذاهای آماده شده (فست فودها) ، سوپ ها، نوشیدنی ها و برخی داروهای تجویزی هستند.

۷- کمبود کدام مواد معدنی و ویتامین ها شایع است ؟

کلسیم

کلسیم مهمترین ماده معدنی است که به مقدار زیاد در بدن وجود دارد و در استخوان ها و دندان ها ذخیره شده است و بقیه آن در خون، ماهیچه و مایعات دیگر بدن وجود دارد. کلسیم نقشهای مهمی را در ماهیچه، رگهای خونی و عملکرد عصبی بر عهده دارد. ویتامین D به جذب کلسیم کمک می کند و الکل موجب کاهش جذب کلسیم از روده می شود.

دریافت کلسیم برای بزرگسالان باید حداقل ۱۲۰۰-۱۰۰۰ میلی گرم در روز باشد و زنان بعد از یائسگی به ۱۵۰۰-۱۸۰۰ میلی گرم در روز کلسیم نیاز دارند. بیشتر افراد کلسیم مورد نیاز خود را از محصولات شیری، ماست و پنیر بدست می آورند. منابع دیگر کلسیم کلم بروکلی ، کلم پیچ ، ماهی ، سویا و حبوبات می باشند. اگر شما به اندازه کافی کلسیم از مواد غذایی دریافت نکنید در آن صورت لازم است که یک نوع مکمل کلسیم مصرف نمایید.

اسید فولیک (فولات)

اسید فولیک برای تشکیل و حفظ سلولهای جدید مهم است. این ماده به تشکیل DNA که حامل اطلاعات ژنتیکی است کمک می کند. علائم و نشانه های کمبود فولات شامل اسهال، کاهش وزن، کج خلقی، فراموشی، سفید شدن مو، متورم شدن زبان و زخم های دهان است.

فولات در سبزیجات با برگ سبز مانند اسفناج و در شلغم یافت می شود. منابع دیگر آن شامل میوه ها، نخودفرنگی، لوبیا، مرکبات و در گندم و ذرت و برنج غنی شده وجود دارد. افرادی که در آنها خطر کمبود اسید فولیک بیشتر است زنان باردار، الکلی ها و افراد مبتلا به اختلالات سوء جذب می باشند. بزرگسالان باید در حدود ۴۰۰ میلی گرم در روز فولات دریافت نمایند و در زنان باردار این نیاز به ۶۰۰ میلی گرم در روز می رسد. کمبود اسید فولیک در زنان باردار خطر تولد فرزندان کم وزن، نارس و با نارسایی سیستم عصبی را افزایش می دهد.

آهن

آهن یک ماده معدنی مهم است که در سلولها یافت می شود. در سلولهای قرمز خون یک ترکیب مهم برای تشکیل هموگلوبین است که اکسیژن را به قسمت های مختلف بدن می رساند. آهن یک قسمت مهم تعدادی از پروتئین ها و آنزیمهایی است که باعث حفظ سلامتی بدن می شوند.

کاهش سطح آهن در خون منجر به کم خونی ناشی از کمبود آهن می شود. علائم شامل ضعف، خستگی و ایجاد تمایل به مصرف موادی مانند خاک رس است. سایر علائم شامل کاهش قوای مغزی، افزایش زمینه عفونت و التهاب زبان است. افراد در معرض خطر کم خونی شامل زنان در سن زایمان، زنان باردار، بچه هایی که زودتر از موعد به دنیا آمده اند، افراد گیاه خوار، بیماران کلیوی، بیماران مبتلا به اسپروسلیاک، کرون و بیمارانی که روده آنها برداشته شده است. مردان بزرگسال و زنان بعد از یائسگی آهن خیلی کمتری را از می دهند.

منابع عالی برای آهن شامل گوشت قرمز، ماهی، تخم مرغ، گوشت مرغ و خروس، حبوبات کامل، جگر، لوبیای خشک و میوه های خشک شده هستند. آهن حاصل از سبزیجات، میوه ها و

حبوبات اگر با گوشت یا غذاهای غنی از ویتامین C مصرف شوند تقویت می گردند. چای حاوی تانن و کلسیم موجب کاهش جذب آهن می شوند.

مردان و زنان بعد از یائسگی تقریباً ۸ میلی گرم در روز باید آهن دریافت کنند. زنان در سن زایمان به ۱۸ میلی گرم آهن در روز نیاز دارند و زنان باردار و شیرده برای حفظ سلامتی خود و نوزاد باید مقادیر کافی آهن دریافت نمایند.

نیاسین

نیاسین غالباً به عنوان ویتامین B₃ یا اسید نیکوتینیک شناخته می شود که یک ویتامین قابل حل در آب است. مقادیر اضافی ویتامین از طریق ادرار از بدن دفع می شود بنابراین شما به حضور مداوم این ویتامین در غذا نیاز دارید. نیاسین برای تبدیل غذا به انرژی لازم است همچنین این ویتامین در حفظ سلامتی سیستم گوارش، پوست و سیستم عصبی مهم است. نیاسین در محصولات لبنی، گوشت مرغ و خروس، ماهی، دانه ها، تخم مرغ و نان های غنی شده یافت می شود. کمبود نیاسین منجر به بیماری پلاگر می شود که در اثر آن پوست ملتهب و قرمز می شود. مشکلات گوارشی و اختلالات ذهنی نیز بروز می کند.

ویتامین A

ویتامین A یک ویتامین قابل حل در چربی است که رتینول نامیده می شود و در حفظ و سلامتی دندان ها، سیستم اسکلتی، بافت های نرم، غشاهای موکوس، پوست و چشم ها مهم است. ویتامین A باعث ایجاد دید خوب مخصوصاً در نور کم می شود این ویتامین در جگر حیوانات، شیر کامل، تعدادی از غذاهای غنی شده، تخم مرغ، گوشت، پنیر، سرشیر، کلیه، روغن ماهی وجود دارد. کاروتنوئیدها یک شکلی از ویتامین A هستند که در غذاهای گیاهی یافت می شوند. منابع بتا - کاروتن شامل هویج، کدو تنبل، سیب زمینی شیرین، طالبی، زردآلو، کلم بروکلی و اسفناج است. کمبود ویتامین A منجر به مشکلات بینایی می شود.

ویتامین B_{۱۲}

ویتامین B_{۱۲} برای تشکیل سلولهای قرمز خون و حفظ عملکرد صحیح سیستم عصبی مهم است. این ویتامین شامل کوبالت است و از این رو کوبالامین نامیده می شود. ویتامین B_{۱۲} به پروتئین موجود در غذا متصل می شود و هنگامی که در تماس با اسید معده قرار می گیرد از غذا آزاد می شود سپس ویتامین B_{۱۲} به فاکتور داخلی معده متصل شده و در انتهای روده کوچک (ایلئوم انتهایی) جذب می گردد.

ویتامین B_{۱۲} در گوشت، مرغ و خروس، تخم مرغ، شیر، ماهی و حبوبات و غلات غنی شده وجود دارد. افراد بزرگسال حداقل به ۲۴ میکروگرم در روز ویتامین B_{۱۲} نیاز دارند. غالب افراد در رژیم غذایی خود به اندازه کافی ویتامین B_{۱۲} دریافت می کنند با این حال در گیاه خواران و افراد با اختلالات جذب روده ای، خطر کمبود ویتامین B_{۱۲} وجود دارد.

علائم کمبود ویتامین B_{۱۲} شامل خستگی، ضعف، بیوست، کاهش اشتها، کاهش وزن، مشکل در حفظ تعادل و افسردگی است.

اگر شما یک گیاه خوار یا زن باردار هستید باید با هماهنگی پزشک خود مکمل های مورد نیاز را مصرف نمایید. بعلاوه افراد با بیماری های کم خونی، سلپاک و کرون و کسانی که قسمتی از لوله گوارش آنها در عمل جراحی برداشته شده است به مکمل های اضافی نیاز دارند در صورتی که این افراد فاقد علائم باشند مصرف مکمل از طریق دهان کافی است ولی اگر بیماران علائمی که منجر به آسیب عصبی می شود را داشته باشند لازم است که مکمل تزریقی دریافت کنند.

ویتامین C

ویتامین C اغلب اسید آسکوربیک نامیده می شود که برای ساخته شدن کلاژن لازم است. کلاژن ترکیب مهم رگهای خونی، تاندون ها، لیگامان ها و استخوان هاست. ویتامین C اغلب به عنوان یک ضد اکسیدان است. کمبود ویتامین C منجر به بیماری اسکوروی می شود که علائم آن شامل خونریزی از لثه ها، خشکی پوست، ریزش مو و درد مفاصل است. مرکبات، توت فرنگی و

گوجه فرنگی منابع خوبی برای ویتامین C هستند. بزرگسالان باید حداقل ۱۱۰ میلی گرم در روز ویتامین C دریافت کنند.

۸- آیا عفونت می تواند منجر به سوء جذب گردد؟

در لوله گوارش به طور طبیعی یک تعداد باکتری سالم وجود دارد که در طی گوارش دارای یک فعالیت پیوسته جاروب کردن لوله گوارش را از ابتدا تا انتهای لوله بر عهده دارند. این فعالیت پیوسته جاروب کردن حتی زمانی که غذا وجود نداشته باشد ادامه دارد و با این نوع فعالیت تعداد باکتری های روده کوچک تنظیم می شود. با به هم خوردن این تنظیم، رشد باکتری ها بیش از حد می گردد و یک تعداد زیادی باکتری به طور غیرطبیعی در روده کوچک تجمع می کنند. علایم تجمع زیاد باکتری ها در روده کوچک شامل اسهال، درد شکم، ایجاد گاز در روده و باد کردن شکم می باشد. در صورتی که علایم شدید باشد در گوارش غذا اختلال بوجود می آید و منجر به کمبود ویتامین و مواد معدنی می گردد و در حالت های شدید منجر به کاهش وزن می گردد. علت های مختلفی برای رشد بیش از حد باکتری ها وجود دارد که عبارتند از: گرفتگی روده، جراحی روده، دیورتیکولای روده کوچک، بیماری کرون، سرطان، بیماری سل و قرار گرفتن در برابر اشعه های مضر.

ماهیچه های نازک در روده مسئول جاروب کردن پیوسته می باشند. در دیابت اعصاب کنترل کننده این ماهیچه ها آسیب می بینند. جراحی ها و بیماری کرون زمینه را برای ایجاد گرفتگی و مسدود شدگی در روده فراهم می کند. ایجاد کیسه ها و مجاری فرعی در روده کوچک نواحی را بوجود می آورد که باکتری ها می توانند به مقدار زیاد رشد کنند. تشخیص رشد بیش از حد باکتری ها در روده کوچک توسط آزمایش تنفس هیدروژن صورت می گیرد. بیشتر قندها و کربوهیدراتها در روده کوچک گوارش می یابند با این حال در کولون باکتری ها، کربوهیدراتها و قندهایی که به آن می رسند را تجزیه می کنند و گازهای هیدروژن و دی اکسید کربن و متان تولید می کنند. این گازها از طریق دیواره کولون جذب شده و وارد جریان خون می شوند و سپس در شش ها این گازها از خون خارج می گردند. در آزمایش تنفس هیدروژن هوای تنفس بازدمی بعد از مصرف گلوکز یا لاکتوز آنالیز می گردد. در افراد عادی بعد از مصرف لاکتوز تنها یک پیک گاز هیدروژن

در هوای تنفسی وجود دارد ولی در بیماران مبتلا به رشد بیش از حد باکتری ها دو پیک از گاز هیدروژن مشاهده می شود (یکی از روده کوچک و دیگری از کولون)

آزمایش تنفس هیدروژن تنها تشخیص ۶۰ درصد از موارد رشد بیش از حد باکتری ها در روده کوچک را امکان پذیر می کند. تحت درمان قرار دادن رشد بیش از حد باکتری های روده کوچک باعث بهبود علائم می گردد تجویز پروبیوتیک های دهانی یا آنتی بیوتیک ها مفید هستند. پروبیوتیک ها باکتری هایی هستند که وقتی وارد لوله گوارش می شوند برای ایجاد سلامتی مفید واقع می شوند. پزشک معالج استفاده از یک سری از آنتی بیوتیکها شامل لووفلوکساساین، سیپروفلوکساساین، نورفلوکساساین، نئومایسین، مترونیدازول، آموکسی سیلین یا رایفاکسیمین به مدت ۷-۱۰ روز توصیه می کند و اگر علائم دوباره عود کند با تغییر آنتی بیوتیک ها مصرف دارو باید ادامه داشته باشد.

۹- سندرم روده کوچک چیست ؟

روده کوچک یک نقش مهم در جذب مواد غذایی بر عهده دارد. سندرم روده کوچک حالتی است که باعث کاهش معنی دار اندازه آن شده و موجب سوء تغذیه می شود و در نتیجه آن جذب آب، مواد غذایی و ویتامین ها به اندازه کافی صورت نمی گیرد. این حالت ممکن است در اثر جراحی یا بیماری بوجود آید که بر عملکرد روده کوچک اثر می کنند و شایع ترین مورد آن بیماری کرون است. در این اختلال التهاب در هر جایی از لوله گوارش از جمله روده کوچک رخ می دهد. علت های دیگر شامل آسیب شکمی، پیچ خوردگی روده و نکروز در روده است در مواردی که قسمتی از روده مرده و غیر فعال است باید از طریق عمل جراحی برداشته شود.

یکی از علائم شایع سندرم روده کوتاه اسهال است. سایر علائم شامل مدفوع چرب با بوی متعفن، سوزش سر دل، قولنج های شکمی، متورم شدن شکم و حساسیت های غذایی است. سایر قسمتهای بدن نیز ممکن است تحت تأثیر قرار بگیرند از جمله کاهش وزن، خستگی، عفونت های باکتریایی، کم خونی و دهیدراتاسیون است. درمان این سندرم ممکن است به رژیم های خاص و مکمل های ویتامینی و مواد معدنی نیاز داشته باشد. برخی مواقع تغذیه وریدی (IV) ضرورت پیدا

می کند که برای درمان اسهال از داروهای ضد اسهال، آنتی اسیدها، آنتی بیوتیک ها و مکمل های آنزیمی لوزالمعده استفاده می شود.

۱۰- اندکس توده بدن (BMI) چیست و چگونه محاسبه می شود؟

BMI یک معیار اندازه گیری چربی بدن است که مستقیماً از روی وزن و قد محاسبه می شود و به عنوان یک ابزار خوب جهت تشخیص مشکلات اضافه وزن در بزرگسالان به کار می رود. جهت ارزیابی دقیق تر با سایر آزمایش ها می توان درصد دقیق چربی بدن را محاسبه کرد که این موارد شامل اندازه گیری ضخامت چین خوردگی پوست، امپدانس بیوالکتریکی، وزن بدن در زیر آب و میزان جذب مضاعف انرژی اشعه X (**dual energy x-ray absorptiometry (DXA)**)

گروه های **BMI** شامل افراد کم وزن ($< 18/5$)، افراد با وزن طبیعی ($18/5-24/9$)، افراد با وزن زیاد ($25-29/9$) و افراد چاق (> 30) است شما می توانید **BMI** خودتان را با استفاده از یک محاسبه ساده و بدون ابزارهای پرهزینه محاسبه کنید. در سیستم متریک در فرمول **BMI** برای وزن واحد کیلوگرم (**kg**) و قد بر حسب متر (**m**) می باشد. به طور معمول محاسبه **BMI** یک اندازه گیری دقیق از چربی بدن است. اما چندین مورد استثناء وجود دارد در ورزشکاران قهرمان که ساختار ماهیچه ای دارند ممکن است چربی بدن بیشتر محاسبه شود و همین طور چربی بدن در افراد کهن سال کمتر محاسبه می گردد چراکه آنها توده ماهیچه ای کاهش یافته دارند. سایر فاکتورهایی که ممکن است دقت محاسبه را کاهش دهند شامل نوع ساختار استخوانی، جنسیت و نژاد است.

افزایش **BMI** تنها یک فاکتور خطر برای پیش بینی بیماری است. خطر بیماری قلبی، فشار خون بالا، سکتته، دیابت، کلسترول بالا و سرطان بستگی به سابقه خانوادگی فرد و وضعیت های پزشکی فرد دارد.

۱۱- چگونه متوجه شوم که یک حساسیت غذایی دارم؟

تعدادی از مردم بر این باورند که آنها به غذاهای معینی حساسیت دارند با این حال تنها ۲ درصد از بزرگسالان و ۸ درصد از بچه ها واقعاً حساسیت غذایی دارند. حساسیت یک واکنش سیستم ایمنی

به چیزی است که خورده می شود برای مثال حساسیت به بادام زمینی و خرچنگ خوراکی، چیزی که بیشتر شایع است عدم تحمل غذایی است و نه یک واکنش واسطه شده با سیستم ایمنی. عدم تحمل لاکتوز یک مثال خوب از عدم تحمل مواد غذایی است که یک حساسیت غذایی نمی باشد.

یک حساسیت غذایی موقعی که سیستم ایمنی شما یک پروتئین در رژیم غذایی را به اشتباه مضر می داند و به آن پاسخ می دهد بوجود می آید. سیستم ایمنی سپس جهت محافظت از بدن پادتن هایی بر علیه غذا تولید می نماید و زمانی که برای بار دوم غذا خورده می شود سیستم ایمنی مقادیر بیشتری از مواد شیمیایی از قبیل هیستامین را آزاد می نماید. نتیجه این واکنش ممکن است ملایم یا شدید باشد. علائم شامل: خارش و سوزش در دهان، التهاب گلو، کهیر، خُرْخُر کردن، درد شکم، استفراغ و اسهال است.

شایع ترین غذاهایی که واکنش های حساسیت را شروع می کنند شامل: خرچنگ (یا حلزون صدف دار)، بادام زمینی، میوه های هسته دار، تخم مرغ ها و شیر گاو است. میوه های هسته دار درختان و بادام زمینی منجر به یک واکنش غذایی مرگ آور بنام آنافیلاکسی می شود. در آنافیلاکسی تنفس کوتاه شده فشار خون پایین می آید و برخی مواقع فرد هوشیاری خود را از دست می دهد. بیماری های شایع که با حساسیت غذایی همراه است شامل تنگی نفس و اگزما (التهاب پوست همراه با دانه های جوش غیر مسری) است.

خودداری از مصرف غذاهایی که واکنش حساسیت را شروع می کنند درمان اصلی حساسیت غذایی است. لازم است که مواد تشکیل دهنده هر نوع غذا به دقت بررسی شود حتی مقادیر کمی از یک غذای معین ممکن است یک پاسخ را شروع کند. افرادی که حساسیت های شدید دارند ممکن است لازم باشد یک دست بند پزشکی در دست خود قرار دهند تا میزان آلرژی به غذا تعیین گردد.

اگر وجود حساسیت غذایی معلوم نباشد لازم است یک دستور رژیم غذایی روزانه مشخص داشته باشید و هر یک از غذاهای مصرفی را یادداشت کرده و هر نوع علائم حاصل از آن را ثبت کنید. اگر حدس زده می شود که غذاهای معینی یک آلرژی را شروع می کنند آزمایش اضافی بوسیله یک متخصص آلرژی جهت تشخیص انجام می گیرد که یک مورد آن آزمایش از طریق

سوء جذب و سوء تغذیه // ۹۵

پوست است. عصاره استخراج شده غذا در قسمت پایین بازو و در ناحیه ای که با سوزن خراش داده شده است قرار داده می شود، واکنش حساسیت موضعی با بروز علامت های قرمز مشخص می شود و اگر در بیمار واکنش خیلی شدید باشد از آزمایش های خونی پرهیز می شود. برای واکنش های غیر آنافیلاکتیکی معمولاً کرم ها، عوارض پوستی، خارش و جوش را بهبود می دهند. آنتی هیستامین ها برای مواردی مانند احتقان و خارش استفاده می شود. اگر حالت تورم و التهاب زیاد باشد کورتیکواستروئیدهایی شبیه پردنیزون تجویز می گردد. در واکنش های شدید آنافیلاکسی که یک واکنش تهدید کننده زندگی است درمان فوری با اپی نفرین لازم است افرادی که واکنش های شدید در آنها وجود دارد باید کیت های حاوی آمپول اپی نفرین را همیشه همراه خود داشته باشند.

بخش پنجم

عفونت های روده ای

- ۱- گاستروانتریتیس چیست ؟
- ۲- علایم گاستروانتریتیس چیست ؟
- ۳- چه عواملی باعث گاستروانتریتیس می شود ؟
- ۴- برای چه کسی خطر گاستروانتریتیس وجود دارد ؟
- ۵- گاستروانتریتیس چگونه درمان می شود ؟
- ۶- چه عواملی باعث می شوند غذا بیماری زا باشد ؟
- ۷- چگونه غذا آلوده می شود ؟
- ۸- چگونه خودم را در برابر غذای بیماری زا محافظت کنم ؟
- ۹- به زودی به تعطیلات می روم آیا خطر اسهال مسافرت برای من وجود دارد ؟
- ۱۰- چگونه می توانم از اسهال مسافرتی جلوگیری کنم ؟
- ۱۱- اسهال مسافرتی چگونه درمان می گردد ؟
- ۱۲- چگونه متوجه شوم که آیا آلودگی انگلی دارم یا نه ؟

۱- گاستروانتریتیس چیست ؟

گاستروانتریتیس یک التهاب معدی - روده است که ممکن است از مری تا رکتوم را گرفتار کند. اگرچه التهاب لوله گوارش ممکن است به علل مختلفی باشد اصطلاح گاستروانتریتیس به التهاب معده - روده ناشی از عفونت اشاره می کند. از گاستروانتریتیس بیشتر مواقع تحت عنوان آنفلوآنزای معده نام برده می شود اگرچه هیچ ارتباطی به آنفلوآنزا ندارد.

۲- علایم گاستروانتریتیس چیست ؟

علامت مشترک و معمول گاستروانتریتیس اسهال است. اسهال شامل دفع مدفوع آبکی و یا افزایش تعداد دفع مدفوع است که بیش از ۳ بار در روز باشد. موقعی که روده بزرگ یا کولون التهاب می یابد قادر نیست مایع را نگه دارد و جذب کند و در نتیجه مدفوع آبکی می شود. اسهال ممکن است همراه با انقباض های شکمی، درد، باد کردن شکم، تهوع و احساس نیاز به دستشویی باشد.

علاوه بر اسهال و درد شکمی گاستروانتریتیس شامل علایم دیگر زیر است :

تهوع یا استفراغ، کاهش وزن غیر عمدی، عرق کردن، دردهای عضلانی، سردرد، کاهش اشتها، ناتوانی در کنترل تعداد دفع مدفوع، مدفوع خونی.

شدت گاستروانتریتیس از حالت ملایم یعنی درد شکمی، پیچش معده و اسهال تا حالت شدید اسهال و استفراغ به مدت چند روز یا بیشتر است. اگر استفراغ وجود داشته باشد معمولاً یک الی دو روز بعد از شروع بیماری طول می کشد اسهال معمولاً چند روز طول می کشد.

اسهال و استفراغ در اثر این بیماری موجب دهیدراسیون بدن می شود وقتی که فرد نتواند مایعات بدن را در اثر استفراغ طولانی نگه دارد دهیدراسیون خیلی سریع اتفاق می افتد لازم است به علایم ناشی از دهیدراسیون توجه کافی مبذول شود که شامل موارد زیر است :

خشکی پوست، خشکی دهان، تیره شدن رنگ ادرار، کاهش تعداد دفع ادرار، افزایش تشنگی، گود رفتن چشم ها، خستگی، سرگیجه و حواس پرتی.

عفونت های روده ای // ۹۹

اگر در شما علائم زیر همراه با اسهال و استفراغ یا بدون آن بوجود آید نیاز به معاینات پزشکی فوری دارید و باید سریعاً تحت درمان قرار بگیرید.

- علائم شوک از قبیل کاهش یا افزایش ضربان قلب، مشکل در تنفس، احساس سردی، رنگ پریدگی پوست و درد قفسه سینه.

- علائم دهیدراسیون شدید از قبیل کاهش دفع ادرار، سرگیجه، کاهش فشار خون، افزایش ضربان قلب یا تعداد تنفس.

- تغییرات ذهنی و هوشی.

۳- چه عواملی باعث گاستروانتریتیس می شود ؟

گاستروانتریتیس به علت عفونت های انگلی، باکتریایی یا ویروسی بوجود می آید. تعدادی میکروارگانیزم وجود دارد که می توانند موجب عفونت معده - روده شوند. گاستروانتریتیس ویروسی خیلی مسری است و یکی از علت های شایع گاستروانتریتیس در کشورهای پیشرفته است. یک شخص بیمار ویروس را به آسانی به افراد دیگر از طریق تماس یا در طی آماده کردن غذا انتقال می دهد. تعدادی از ویروس هایی که موجب اسهال می شوند شامل: روتاویروس، نورویروس، نورواک ویروس و سایتومگالوویروس هستند. از عوامل ایجادکننده گاستروانتریتیس، غذای آلوده است از میکروب های آلوده کننده غذا سالمونلا یا کامیلوباکتر است. انگل ها می توانند موجب گاستروانتریتیس شوند انگل ها از طریق غذا یا آب وارد لوله گوارش شده و در آن ساکن می شوند. انگل هایی که موجب اسهال می شوند شامل: ژیا ردیا لامبلیا، انتامبا هیستولیتیکا و کریپتس پوریدیوم است.

میکروب هایی که موجب گاستروانتریتیس می شوند بیشتر از راه های زیر انتشار پیدا می کنند:

غذا، آب آلوده، تماس با فرد آلوده، ضعیف بودن بهداشت شخصی (برای مثال نشستن دستها)،

تمیز نبودن ظروف غذا.

۴- برای چه کسی خطر گاستروانتریتیس وجود دارد؟

هر کس ممکن است این بیماری را بگیرد. گاستروانتریتیس مردم را در هر سنی و سابقه ای می تواند گرفتار کند. افرادی که خطر ایجاد بیماری در آنها بیشتر است شامل: مسافری، دانش آموزانی که در خوابگاه زندگی می کنند.

- پرسنل ارتش

- بچه هایی که در مراکز بهداشتی نگهداری می شوند.

- فردی که سیستم ایمنی وی به علل مختلف زیر ضعیف است

الف- بیماری برای مثال در اثر عفونت با ویروس ایدز

ب - مصرف داروها به خاطر دریافت اندام پیوندی

پ - کامل نشدن سیستم ایمنی در نوزادان

افرادی که سیستم ایمنی ضعیف شده یا فاقد عملکرد دارند حالت های شدیدی از گاستروانتریتیس را دارند.

۵- گاستروانتریتیس چگونه درمان می شود؟

گاستروانتریتیس معمولاً به خودی خود قابل حل شدن است. علائم گاستروانتریتیس معمولاً در طی چند روز برطرف می شود و سیستم ایمنی عفونت را برطرف می کند. جایگزینی مایعات و الکترولیت ها (برای مثال سدیم و پتاسیم) خیلی مهم است چراکه این مواد طی اسهال و استفراغ که در دوره گاستروانتریتیس ایجاد می شود از دست می رود. غذاها و مایعاتی که حاوی الکترولیتها و کربوهیدراتها باشند به جایگزینی مواد مغذی کمک می کند. جایگزینی مایع و الکترولیت از طریق محلول های دارویی آماده شده نیز امکان پذیر است. برای کنترل اصلی بیماری تهیه محلول از پودرهای آماده شده تحت عنوان **ORS** و استفاده از آن ضرورت دارد. این پودرها بدون نسخه قابل دسترس هستند. اگر از دست دادن مایعات بدن قابل توجه باشد بستری کردن بیمار در بیمارستان

لازم است و مایعات و مواد مغذی از طریق داخل وریدی جایگزین می شود. اگر شما آب زیادی را از دست داده اید برای حفظ سلامتی خودتان توصیه می شود که آب بیشتری مصرف کنید محلول های آماده شده ای که از راه دهان مصرف می شوند. تعادل آب، نمک و قند را برقرار می کنند این پودرها شامل : گاتورد **Gatorade**، کریستال لایت یا پدیا لایت هستند و مصرف آنها بهتر از خوردن آب به تنهایی است. وجود مقدار کمی نمک و قند به جذب آب از روده ها کمک می کند. این پودرهای **ORS** مقدار اسهال را کم نمی کنند اما به حفظ آب بدن یا جلوگیری از کاهش آب بدن کمک می کنند. باید توجه کرد که از نوشیدنی های حاوی نمک و قند ساخت خانگی استفاده نکنید چرا که مقدار قند و نمک محلول ها باید خیلی دقیق و تنظیم شده باشد. بهتر است از نوشیدنی هایی که مقدار زیادی قند دارند نظیر آب میوه ها خودداری کنید.

۶- چه عواملی باعث می شوند غذا بیماری زا باشد ؟

مصرف غذا و نوشیدنی های آلوده موجب می شوند غذا موجب ایجاد بیماری شوند. تعدادی از میکروب ها می توانند غذاها را آلوده کنند و از این رو انواع مختلف غذاهای بیماری زا بوجود می آید. باکتری ها یا سمهای آنها، ویروس ها و انگل ها موجب می شوند غذا بیماری زا شود. برخی از غذاهای بیماری زا تعریف شده اند. شدت بیماری از آشفتگی معده تا علایم جدی تر نظیر تب، استفراغ، اسهال و از دست دادن آب می باشد. از آنجا که میکروب با سم از طریق لوله گوارش وارد بدن می شود علایم تهوع، استفراغ و اسهال در انواع مختلف غذاها که موجب بیماری می شود به طور مشترک مشاهده می شود.

از آنجا که برخی افراد که در آنها بیماری در اثر غذای بیماری زا ایجاد شده و بدون مصرف دارو سلامتی خود را دوباره بدست می آورند بنابراین برخی غذاهای بیماری زا گزارش نشده اند. مرکز کنترل بیماری ها در امریکا حدس می زند که حدود ۷۶ میلیون نفر در سال یک غذای بیماری زا دریافت می کنند.

جدول ۴- منابع غذایی بیماری زا، علایم و عوامل بیماریزا

میکروب	علایم	منابع غذایی بیماری زا
<p>باکتری: Campylobacter jejuni E. Colio 157 : H7 L. monocytogenes Salmonella</p>	<p>درد شکمی تهوع و استفراغ</p>	<p>گوشت خام و پخته نشده</p>
<p>باکتری: L.monocytogenes Salmonella Shigella Staphylococcus aureus Campylobacter jejuni</p>	<p>تهوع و استفراغ قولنج های شکمی اسهال تب</p>	<p>شیر خام و پاستوریزه نشده و محصولات لبنی مانند پنیرهای نرم</p>
<p>باکتری: Salmonella Enteriditis</p>	<p>تهوع و استفراغ قولنج های شکمی اسهال</p>	<p>تخم مرغ های خام و پخته نشده: برای مثال مواردی که در تهیه سالاد کوکو و سس بکار گرفته می شوند</p>
<p>باکتری: Vibrio vulnificus Vibrio parahaemolyticus</p>	<p>تب و لرز ضعف کردن</p>	<p>خرچنگ یا حلزون صدف دار خام و پخته نشده</p>
<p>باکتری: C.botulinum</p>	<p>بینایی دوتایی مشکل در صحبت کردن و بلع مشکل در تنفس</p>	<p>کنسروهایی که به طور غیر اصولی تهیه شده است</p>
<p>باکتری: L. monocytogenes Salmonella Shigella E. Colio 157 H7 Yersinia enterocolitica viruses and parasites</p>	<p>اسهال تهوع و استفراغ</p>	<p>محصولات تازه</p>
<p>ویروس: Worovirus (family caliciviridae)</p>	<p>تهوع و استفراغ اسهال قولنج های شکمی تب خفیف لرز، سر درد</p>	<p>غذاهای سرد شامل ساندویچ، سالاد و غذاهایی که در bakery (نانوایی)، تنوری، فر) آماده می شوند نظیر سالاد، کیک، صدف خوراکی، تمشک</p>

۷- چگونه غذا آلوده می شود ؟

غذا ممکن است بهنگام رویش، برداشت، به عمل آوری، ذخیره حمل و نقل و یا در نهایت بهنگام آماده سازی جهت مصرف آلوده می شود. راههای مختلفی برای آلودگی غذا وجود دارد. غذاهای خام استریلیزه نمی شوند. گوشت قرمز و گوشت مرغ و خروس ممکن است در کشتارگاه آلوده شوند سبزیجات و میوه های تازه بهنگام شست و شو با آب آلوده شوند. آب ممکن است بوسیله مدفوع و ادرار حیوان و یا فاضلاب انسانی آلوده شود. گیاهان بهنگام رشد در خاک ممکن است آلوده شوند.

بهنگام تهیه غذا میکروبهای آلوده کننده غذا از دستهای انسان وارد غذا می شوند از دستهای نشسته باکتریهای نظیر شیزلا *Shigella* و ویروس هایی مانند هپاتیت A وارد غذا می شوند. بهنگام تهیه غذا اگر از وسایل مشترک برای تهیه غذا استفاده شود میکروبها از یک غذا وارد غذای دیگری می شوند. یک غذای پخته شده کامل مجدداً ممکن است در اثر مجاورت با غذاهای خام حاوی میکروب آلوده شوند. وقتی غذا پخته می شود و سپس در دمای اتاق قرار داده می شود اگر بیش از دو ساعت در این حالت بماند باکتری ها به سرعت در آن تکثیر می شوند. تعدادی از باکتری ها برای ایجاد بیماری لازم است که تعداد آنها در غذا زیاد باشد. اگر غذا در دمای اتاق قرار داده شود یک باکتری می تواند تکثیر کند و در طی یک شب و تا روز بعد غذا را کاملاً آلوده کند. اگر غذا در یخچال نگهداری شود باکتری ها زیاد نمی شوند. فریز کردن غذاها رشد باکتری ها را آهسته یا متوقف می کند ولی آنها را از بین نمی برد وقتی غذا از فریزر بیرون آورده می شود باکتری ها در آن دوباره فعال می شوند و لازم است که غذا دوباره حرارت داده شود. در یخچال قرار دادن غذا ممکن است رشد باکتری ها را آهسته کند اما حرارت دادن غذا میکروب های آن را از بین می برد. نمک و شکر زیاد و بالا بودن سطح اسید غالباً از رشد باکتری ها جلوگیری می کند و از این مواد به طور سنتی برای نگهداری غذاها استفاده می شود برای مثال گوشت های نمک زده شده، مرباها و ترشی سبزیجات. اگر غذا در دمای ۱۶۰ درجه فارنهایت و یا ۷۱ درجه سانتی گراد حرارت داده شود معمولاً برای از بین بردن انگل ها، ویروس ها و باکتری ها به استثنای باکتری کلوستریدیوم

کافی است. باکتری کلوستریدیوم برای مقاومت در برابر گرما یک پوششی بنام اسپور ایجاد می کند از این رو غذاهای کنسروی باید با دمای بالا و تحت فشار حرارت داده شوند.

۸- چگونه خودم را در برابر غذای بیماری زا محافظت کنم؟

در بسیاری از موارد با پختن و سایر روشها می توان از ایجاد غذای بیماری زا جلوگیری کرد. روشهای ساده زیر خطر ایجاد غذای بیماری زا را کاهش می دهد.

- گوشت قرمز و گوشت مرغ و خروس و تخم مرغ ها را خوب بپزید.

از یک ترمومتر برای اندازه گیری دمای درونی گوشت استفاده کنید. برای مثال دمای درونی گوشت گاو پخته شده باید به ۱۶۰ درجه فارنهایت برسد. تخم مرغ ها باید چنان پخته شوند که زرده آنها سفت شود. غذاها تنها زمانی به طور صحیح پخته می شوند که دمای لازم به مدت طولانی به آنها داده شود تا این که باکتری های مضر کشته شوند.

- تمیز کردن: دستها قبل از تماس با غذا و بعد از رفتن به دستشویی، بعد از تماس با گوشت خام مرغ و خروس و ماهی و تخم مرغ باید خوب شسته شوند. سبزیجات و میوه های تازه باید خوب با آب شسته شده و گندزدایی شوند.

- جدا کردن و سوا کردن: همه ابزارها و چاقوهایی که در تهیه گوشت و بریدن آن استفاده شده باید شسته شده و از هم جدا شوند. گوشت پخته شده باید در یک ظرف کاملاً تمیز قرار داده شوند و از قرار دادن آن در ظرف اولی که گوشت خام در آن بوده باید جداً خودداری کرد.

- سرما: یخچال غذا را سالم نگه می دارد. اگر غذای آماده شده بیش از ۲ ساعت در دمای اتاق قرار داده شود برای خوردن مناسب نخواهد بود. دمای داخل یخچال باید در حد ۴۰ درجه فارنهایت و پایین تر باشد و دمای داخل فریزر باید در حد صفر درجه فارنهایت باشد. تقسیم کردن غذایی که حجم بزرگی دارد به قطعات کوچکتر به جهت پخت سریع تر کار مناسبی است. هوای سرد جهت نگهداری غذا به صورت سالم باید در حال جریان باشد. هرگز غذای یخ زده را در دمای اتاق یا

آشپزخانه قرار ندهید تا از حالت یخ زدگی خارج شود بلکه از یخچال یا آب سرد جهت این کار استفاده کنید.

- غذاهای سرد را سرد و غذاهای گرم را گرم نگه دارید.

اگر به بیماری زای بودن غذا مشکوک شدید لازم است که به مرکز بهداشت محلی گزارش شود. اغلب شهرها دارای مراکز بهداشتی هستند که مسئول رسیدگی و کنترل غذاها دارند و گزارش های مربوطه را دریافت می کنند.

۹- به زودی به تعطیلات می روم آیا خطر اسهال مسافرت برای من وجود دارد ؟

اسهال مسافرت یک بیماری شایع و معمول در بین مسافران کشورهای توسعه یافته است. ۶۰-۴۰ درصد از مردمی که به نواحی توسعه یافته می روند دچار اسهال می شوند. اگرچه در بیشتر موارد اسهال مسافرت خود به خود برطرف می شود ولی از دست دادن آب بدن ممکن است حالت جدی تری نسبت به خود اسهال داشته باشد.

باکتری ها، ویروس ها و انگل ها عوامل ایجادکننده اسهال در مسافرت ها هستند اما در بیشتر نواحی عمده ترین عامل ایجاد بیماری باکتری ها هستند. میکروب ها غالباً از طریق آب و غذای آلوده انتقال می یابند، باکتری معمول در این مورد اشیرشیاکولی تولیدکننده ماده سمی در روده است.

خطر ایجاد بیماری اسهال مسافرتی بستگی به نواحی مسافرت دارد. سه سطح خطر بر اساس نواحی جغرافیایی وجود دارد :

• سطح خطر کم (کمتر از ۱۰ درصد): اروپای شمالی، استرالیا، نیوزلند، ایالات متحده، کانادا و سنگاپور.

• سطح خطر متوسط (۲۰-۱۰ درصد): جزایر کاریب، افریقای جنوبی، کشورهای نواحی مدیترانه.

• سطح خطر بالا (بیشتر از ۳۰ درصد): آسیا (به استثنای سنگاپور)، آفریقا به استثنای افریقای جنوبی، امریکای جنوبی و مرکزی و مکزیک.

برخی ارگانسیم هایی که ممکن است مسئول ایجاد اسهال مسافرتی باشند در زیر آورده شده است گرچه این یک لیست کامل نیست.

باکتری ها :

۱- اشیشیاکولی تولیدکننده مواد سمی در روده

۲- اشیشیاکولی دسته ای در روده

۳- کامپیلوباکتر ججونی *Campylobacter jejuni*

۴- گونه هایی از سالمونلا

۵- ویبروکلرا *vibrio parahaemolyticus or vibrio cholera*

ویروس ها :

۱- روتاویروس

۲- نوروویروس

انگل ها :

۱- ژیاوردیا لومبلیا *Giardia lamblia*

۲- کریپتوسپوریدیوم پاروم *cryptosporidium parvum*

۳- سیکلواسپورا سائرتانسیس *cyclospora cayrtanensis*

بیشتر موارد اسهال مسافرتی بین ۴ روز الی دو هفته بعد از ورود بوجود می آید علایم بیماری بر اساس نوع میکروب عامل عفونت متفاوت است. برخی از علایم عبارتند از : اسهال آبکی، خستگی، کاهش اشتها، قولنج های شکمی، تهوع، استفراغ و تب خفیف.

۱۰- چگونه می توانم از اسهال مسافرتی جلوگیری کنم ؟

چندین استراتژی وجود دارد که با بکارگیری آنها خطر ابتلا به بیماری اسهال کاهش می یابد. انجمن بیماری های عفونی امریکا راهنمایی هایی برای مسافرتین بیان کرده است که در زیر آورده شده است.

• در انتخاب غذا و نوشیدنی ها دقت کافی داشته باشید. عوامل مختلفی موجب انتقال میکروبها از طریق آب و غذا می شوند. فریز کردن ارگانسیم ها را نمی کشد و در نتیجه موجب اسهال می شود. یخ برای مصرف مناسب نیست و آب باید تصفیه شده یا جوشانده شود. الکل آب را استریلیزه نمی کند. آب کربناته **carbonated** معمولاً سالم است.

اجزای سالاد و کاهو ممکن است خوب تمیز نشده باشند و یا این که به طور مناسب در یخچال نگهداری نشده باشند در نتیجه برای خوردن مناسب نیستند. ادویه جات غالباً آلوده می شوند نوشیدنی های بطری باید توسط نی و بدون یخ مصرف شوند. میوه هایی که پوست آنها گرفته شده باشد سالم در نظر گرفته می شوند.

• آب را ذخیره کنید و در حالت ضروری از ابزارهای تصفیه آب استفاده کنید. آب بطری و نوشیدنی های سبک در اغلب مسافرت ها قابل دستیابی هستند. چای و قهوه گرم سالم در نظر گرفته می شوند.

کسانی که به نواحی پرت و دوردست سفر می کنند تصفیه آب ضرورت پیدا می کند. آب از راههای زیر قابل تمیز و پاک شدن است.

۱- جوشاندن آب به مدت ۳ دقیقه و سپس خنک کردن آن در دمای اتاق

۲- در کمپ و یا در بیابان ذخایر آب وجود دارد در این مکانها با استفاده از فیلترهای آب که در آنها ید استفاده شده است و در دسترس می باشند انگل ها برداشته شده و ویروس ها و باکتری ها کشته می شوند.

• توجه داشته باشید که استفاده از آنتی بیوتیک های دهانی زمانی است که فایده آنها بیشتر از عوارض جانبی و خطر آنها باشد.

آنتی بیوتیک ها در بیشتر موارد می توانند از اسهال مسافرتی جلوگیری کنند اما آنها به صورت روتین مورد نیاز نمی باشند مگر این که شدت اسهال و یا از دست دادن آب بدن شدید بوده و منجر به اختلالاتی در فرد نظیر نارسایی قلبی شود یا به عبارت دیگر سودمندی استفاده از آنتی بیوتیک ها خیلی بیشتر از خطر آنها باشد. آنتی بیوتیک ها چندین عارضه جانبی دارند که شامل واکنش آلرژیک، حساسیت به نور، عفونت های قارچی و تغییر تعداد باکتری های مفیدی است که در کولون یا روده بزرگ زندگی می کنند. وقتی که تعداد باکتری های مفید در روده تغییر پیدا کنند، خطر ایجاد یک عفونت بالقوه که کولیت کلویستریدیوم دیفسیل نامیده می شود زیاد می شود.

این بیماری حالت های ملایم یا شدید اسهال را بوجود می آورد که معمولاً لازم است با آنتی بیوتیک ها درمان گردد. بندرت در حالت های شدید این بیماری سوراخ یا منفذی در دیواره روده بزرگ ایجاد می شود و در این حالت غالباً انجام عمل جراحی جهت برداشتن کولون ضروری است.

مسافرینی که لازم است جهت جلوگیری از اسهال آنتی بیوتیک مصرف کنند شامل کسانی هستند که بیماری التهاب روده ای مزمن نظیر کولیت اولسراتیو با کرون دارند و یا کسانی که بیماری کلیوی یا قلبی دارند و یا کسانی هستند که سیستم ایمنی ضعیف شده به خاطر عفونت و ویروس ایدز و یا به علت دریافت عضو پیوندی دارند.

۱۱- اسهال مسافرتی چگونه درمان می گردد؟

اسهال مسافرتی توسط یک یا تعداد بیشتری از روشهای زیر تحت کنترل قرار می گیرد.

• جایگزینی مایع

• آنتی بیوتیک ها

• موادی که حرکت و جنبش روده ها را آهسته می کنند و به این ترتیب از حالت شدید اسهال می کاهند.

جایگزینی مایع

مهم ترین روش درمان اسهال مسافرتی جایگزینی مایع است چراکه از دست دادن آب بدن خطر مهمی است. برای موارد اسهال ملایم، آب گوشت و آب میوه های رقیق شده مناسب هستند. در مورد اسهال شدید یک محلول تهیه شده از پودر **ORS** باید مصرف گردد. استفاده از این محلول باعث تنظیم دقیق غلظت الکترولیت های بدن می شود. در غالب موارد اسهال روده قادر به جذب قند متصل شده به نمک محلول آب است. پودر **ORS** در داروخانه ها و برخی فروشگاهها قابل دستیابی است.

ترکیب مایعاتی که ورزشکاران برای جایگزینی مایعی که از طریق عرق کردن از بدن خارج می شود استفاده می کنند مشابه با پودر **ORS** نمی باشد.

برای مواردی که اسهال ملایم است استفاده از پودر **ORS** ضرورت ندارد و مایعات معمولی کفایت می کند.

آنتی بیوتیک ها

درمان با آنتی بیوتیک معمولاً زمانی لازم است که حالت های متوسط تا شدید اسهال در افراد بوجود می آید (دفع مدفوع آبکی بیش از چهار بار در روز) و یا این که تب دارند.

برای تعدادی از مسافران ممکن است آنتی بیوتیک تجویز شود تا در زمانی که مبتلا به اسهال شده اند از داروها استفاده کنند. توجه و مراقبت پزشکی در مورد افرادی که تب بالا، درد شکمی، اسهال خونی یا استفراغ دارند ضروری است. مهمترین آنتی بیوتیک تجویزی برای اسهال مسافرتی سیپروفلوکساسین (۵۰۰ میلی گرم از طریق دهان دو بار در روز) است که برای یک یا دو روز داده می شود. درمان با سیپروفلوکساسین یا یک آنتی بیوتیک مرتبط یعنی کوینولون (**quinolone**) در عمده مسافران مبتلا باعث بهبود و برطرف شدن علائم در طول یک روز می شود.

مواد ضد حرکت

مواد ضد حرکت نظیر لوپراماید (ایمودیوم) **Loperamide (Imodium)** اغلب در معالجه علائم اسهال استفاده می شود. این مواد علت بوجود آورنده اسهال را درمان نمی کنند و ممکن است مدت بیماری اسهال طولانی تر شود. اگر علامتهایی از اسهال خونی یا درد شکمی وجود ندارد مواد ضد حرکت نباید مصرف شوند. اگرچه اسهال ممکن است با این مواد بهبود یابد ولی نکته مهم یعنی کاهش آب بدن سر جای خود باقی است. در بیشتر موارد اسهال مسافرتی، استفاده اموات ضد حرکت لازم نیست.

۱۲- چگونه متوجه شوم که آیا آلودگی انگلی دارم یا نه ؟

عفونتی که بوسیله انگل ایجاد می شود از طریق راههای زیر قابل تشخیص است. نوع آزمایش بر اساس و نشانه های بیماری، سابقه پزشکی و سابقه مسافرت بیمار تعیین می شود.

۱- آزمایش مدفوع برای تشخیص انگل (آزمایش O&P نامیده می شود)

این آزمایش جهت تشخیص این که آیا یک انگل موجب اسهال، قولنج، ایجاد گاز و سایر علائم شکمی شده است بکار می رود. از آنجا که تقسیم و پخش شدن انگل ها به صورت متناوب صورت می گیرد مراکز کنترل بیماری ها توصیه می کنند که سه نمونه از مدفوع در طول ۲۴ ساعت باید به آزمایشگاه داده شود. در بیشتر مواردی که عامل ایجاد اسهال یک انگل است کشت مدفوع یا آزمایش ضروری نیست و علائم و بیماری معمولاً محدود به چند روز است. اگر علائم شدید باشد و یا عوامل خطر برای بیماری انگلی وجود داشته باشد نظیر مسافرت به ناحیه کوهستانی یا در یک مرکز نگهداری نوزادان آزمایش مدفوع باید انجام شود. در آزمایش تخم انگل یا خود انگل مشاهده می شود.

۲- آندوسکوپی

آندوسکوپی جهت نگاه کردن به انگل هایی که موجب اسهال، درد یا قولنج شکمی و تولید گاز و سایر علائم معدی - روده ای شده اند بکار می رود. این آزمایش یک روش تهاجمی است که بوسیله یک لوله که از طریق دهان یا رکتوم وارد می شود انجام می گیرد و بافت پوششی روده

عفونت های روده ای // ۱۱۱

مستقیماً مورد بررسی قرار می گیرد. در طی این آزمایش نمونه برداری بافتی و تهیه نمونه جهت کشت نیز ممکن است انجام گیرد.

۳- آزمایش خون

آزمایش خون تعدادی از عفونت های انگلی را تشخیص می دهد. آزمایش خون برای انگل های مشخصی است. یک نوع آزمایش خون که سرولوژی خوانده می شود پادتن هایی که سیستم ایمنی بر علیه یک نوع انگل تولید کرده است را مورد شناسایی قرار می دهد. تعدادی از بیماری های انگلی نظیر مالاریا با نگاه کردن و بررسی خون در زیر میکروسکوپ قابل تشخیص است. این آزمایش با قرار دادن یک لکه خون در روی اسلاید میکروسکوپی و سپس بررسی اسلاید در زیر میکروسکوپ انجام می شود.

۴- اشعه ایکس (X)

در برخی موارد استفاده از اشعه ایکس (CAT) و یا استفاده از MRI جهت تشخیص بیماری های انگلی مفید است.

بخش هشتم

سرطان معده - روده ای

- ۱- چگونه متوجه شوم که آیا سرطان کولون دارم؟
- ۲- چه موقع باید کولونوسکوپی انجام دهم؟
- ۳- کولونوسکوپی مجازی چیست؟
- ۴- آیا بلعیدن دوربینی کوچک جهت معاینه لوله گوارش می تواند کارآمد باشد. آیا می توانم آن را به جای کولونوسکوپی انجام دهم؟
- ۵- من یک برآمدگی دارم و سرطان مری بالاترین میزان سرطان در کشور است. حالا چگونه باید آن را آزمایش کنم؟
- ۶- چند سال است که سوزش سردل دارم. آیا خطر ایجاد سرطان مری در من وجود دارد؟
- ۷- چه چیزهایی در مورد سرطان پانکراس می دانید؟
- ۸- در مورد خطر ایجاد سرطان معده چقدر اطلاعات دارید؟
- ۹- سرطان کبد چگونه تشخیص داده می شود؟
- ۱۰- چه عواملی به پیشگیری از سرطان سیستم گوارش کمک می کنند؟

۱- چگونه متوجه شوم که آیا سرطان کولون دارم؟

سرطان کولون چهارمین نوع شایع سرطان است. در حدود ۱۴۵ هزار مورد جدید از سرطان رکتال و کولون در ۲۰۰۵ تشخیص داده شد. خطر بوجود آمدن سرطان کولون در طول زندگی شما در حدود ۶ درصد است به این معنی که از ۱۰۰ نفر ۶ نفر به سرطان کولون مبتلا می شوند. در گروه های معینی از افراد خطر ایجاد سرطان کولون بالاست. بیمارانی که خطر در آنها بیشتر است شامل بیماران با سابقه خانوادگی از سرطان کولون، سندرم پولیپ خانوادگی و یا بیماری التهاب روده ای است.

بیماران دارای سرطان کولون شکایت های مختلفی دارند. اگرچه تعدادی از آنها ممکن است هیچ گونه علامتی نداشته باشند. تعدادی از افراد در مدفوع خود خون دارند. خون قرمز روشن نشان می دهد که در سمت چپ کولون خونریزی وجود دارد و همین طور با وجود خون تیره حدس زده می شود که خونریزی از سمت راست کولون است. تعدادی از بیماران در مدفوع خود خون نمی بینند اما یک مقدار کم ممکن است وجود داشته باشد. این مقدار کم خون در تکه تکه شدن مدفوع بهنگام معاینه رکتوم و یا جدا و تکه تکه کردن مدفوع در خانه قابل تشخیص است. مثبت بودن وجود خون در مدفوع ارزیابی و معاینه کولون را ضروری می کند. این خونریزی ممکن است در اثر کم خونی ناشی از کمبود آهن باشد که تعداد گلبولهای قرمز خون کاهش می یابد. یک آزمایش خون با شمارش سلولهای آن کم خونی را مشخص می کند که معمولاً همراه با معاینه فیزیکی مخرج و کولون صورت می گیرد.

تعدادی از بیماران دارای یک تغییراتی در حرکات روده هستند. بیشتر مردم یک الگوی منظم روده ای در محدوده بین سه حرکت روده ای در روز تا یک حرکت روده ای هر سه روز یک بار دارند. تغییر در این الگو نشان از سرطان کولون دارد. حرکات روده ای که به شکل مدادی است به سختی به عنوان علامت سرطان کولون در نظر گرفته می شود و معمولاً به عنوان علامتی برای یبوست است. سایر موارد مشترک که کمتر است شامل از دست دادن اشتها یا کاهش غیر عمدی وزن است این دو علامت ممکن است در سایر وضعیت های مختلف مانند سرطان معده، مشکلات تیروئیدی، دیابت شیرین یا افسردگی وجود داشته باشند. یک گروه از بیماران علائم مربوط به

سرطان کولون را ندارند بنابراین لازم است همه مردم بالای ۵۰ سال از نظر سرطان کولون مورد بررسی و معاینه قرار گیرند.

۲- چه موقع باید کولونوسکوپی انجام دهم؟

کولونوسکوپی یک روش استاندارد شده جهت بررسی و معاینه سرطان کولون می باشد. کولونوسکوپی یک ابزار مفید جهت ارزیابی کولون و جلوگیری از سرطان کولون است. کولونوسکوپی دارای یک لوله انعطاف پذیر، همراه با یک دوربین و چراغ است که وارد کولون می شود اگر به شما گفته شد که باید کولونوسکوپی انجام دهید لازم است که آشنایی لازم جهت انجام آن را داشته باشید. شما باید فیبر دریافتی از طریق غذا را یک هفته قبل از انجام آن کاهش دهید. اگر شما مستعد ابتلا به یبوست هستید باید سعی کنید حرکات روده ای روزانه یک هفته قبل از انجام کولونوسکوپی داشته باشید.

روز قبل از کولونوسکوپی باید مایعات تمیزکننده مصرف کنید. این مایعات برای بیمار تعریف می شود مثلهایی از این مایعات شامل ژله، آبگوشت، آب میوه و قهوه و چای بدون شیر است. روز قبل از کولونوسکوپی مقدار زیادی مایعات بخورید. در غروب قبل از انجام کولونوسکوپی باید دستورات آماده سازی را دریافت کنید معمولاً یک مسهل با مقدار زیاد مایعات باید مصرف کنید. در طی مراحل آماده سازی شما چندین بار حرکات روده ای خواهید داشت و ممکن است چندین حرکت روده ای طی شب داشته باشید یک آماده سازی خوب زمانی است که دفع مدفوع مایع به رنگ کاملاً روشن (اغلب شبیه رنگ ادرار) داشته باشید. یک تعداد از بیماران احساس تهوع در زمان آماده سازی دارند که جهت رفع این حالت باید محلول آماده سازی را خنک و سرد و به آهستگی بخورید.

به خاطر داشته باشید که جهت آماده سازی کامل شما باید مایع را به طور کامل مصرف نمایید. ۶ ساعت قبل از انجام کولونوسکوپی نباید چیزی بخورید یا بیاشامید. باید در زمان مناسب به بخش آندوسکوپی برسید و لیست داروهای مصرفی و نیز داروهای آلرژیک خود را همراه داشته باشید.

در بخش آندوسکوپی یک روپوش بیمارستانی می پوشید و ممکن است یک ماده بیهوشی از طریق ورید تزریق شود. جزئیات انجام آندوسکوپی توضیح داده می شود و سپس باید یک برگه رضایت را امضا کنید. در اتاق آزمایش ممکن است مانیتورهای مربوط به ضربان قلب و تنفس و دستگاه اکسیژن رسان از طریق بینی به شما متصل شود. بیشتر کولونوسکوپی ها با یک نوع ملایم از ماده بیهوشی انجام می شود. در طی انجام آزمایش شما در محل خاصی قرار می گیرید خودتان تنفس می کنید و ممکن است صداهای اطراف خود را بشنوید ولی از بیشتر وقایع اطراف خود آگاه نیستید.

دکتر با بررسی رکتال کار خود را شروع می کند. بعد کولونوسکوپ وارد رکتوم می شود و سپس سکوم مورد بررسی قرار می گیرد. سکوم قسمتی از کولون است که در نزدیکی روده کوچک قرار دارد. بهنگام ورود کولونوسکوپ به داخل کولون شما ممکن است احساس قولنج داشته باشید. در طی انجام این عمل هوا وارد کولون می شود و به علت تجمع گازها دردهای ناشی از آن ایجاد می شود.

بافت پوششی کولون به دقت با دوربین مورد معاینه و بررسی قرار می گیرد. اگر پولیپ ها در داخل کولون رشد کرده باشند همان موقع برداشته می شوند و بیوپسی یا نمونه برداری بافتی همان موقع می تواند انجام بگیرد. بعد از این که کولونوسکوپی تمام شد به اتاق ریکاورری برگردانده می شوید ممکن است احساس خواب و نیز احساس باد کردن شکم داشته باشید. لازم است که هوای اضافی وارد شده به هنگام انجام عمل را از بدن خارج کنید.

بعد از ترک بخش آندوسکوپی اجازه رانندگی ندارید. شما آن روز قادر به رانندگی و کار بر روی ماشین آلات سنگین نیستید. ممکن است احساس خوبی داشته باشید ولی داروهای وارد شده به بدن آن روز در بدن شما می مانند. اگر شما ۲۴ ساعت بعد از انجام عمل آندوسکوپی تجربه درد شکمی، خونریزی، تب، لرز و تهوع یا استفراغ داشته باشید باید با دکتر خود تماس بگیرید و یا این که به یک مرکز اورژانس بروید. کولونوسکوپی یک روش سالمی است اما مثل سایر روش ها دارای خطراتی نیز است. و از ۱۰۰۰ بیمار یک نفر شکایت دارد. تعدادی از این شکایت ها شامل

خونریزی، نیاز به تزریق خون و ایجاد منفذ است با این حال فواید این عمل خیلی بیشتر از این خطرات است.

همان طور که ذکر شد برخی بیماران مبتلا به سرطان کولون فاقد علائم می باشند. بنابراین راهنمایی های جاری مبنی بر ضرورت معاینه و بررسی هر فرد از نظر سرطان کولون به قوت خود باقی است. خطر بیماری برای فرد در حالت متوسط وقتی است که فرد فاقد علائم است و سابقه خانوادگی و شخصی از سرطان کولون و پولیپ های کولون و نیز بیماری التهاب روده ای ندارد. یک فرد با خطر متوسط (عمده مردم) نخستین کولونوسکوپی خود را در ۵۰ سالگی باید انجام دهد. در بیماران با سابقه خانوادگی از سرطان کولون یا پولیپ های کولون شروع معاینه و بررسی باید از ۴۰ سالگی و یا زودتر شروع شود. تعداد دفعات معاینه و بررسی بر اساس خطر ایجاد بیماری در هر شخص تعیین می شود. برای افراد با خطر متوسط توصیه می شود هر ۱۰ سال یک بار کولونوسکوپی انجام دهند و برای فرد با یک سابقه خانوادگی از سرطان کولون هر ۵ سال یک بار کولونوسکوپی باید انجام بگیرد.

بعد از اولین کولونوسکوپی خطر ایجاد سرطان کولون در مجدداً مورد ارزیابی قرار می گیرد. اگر در پولیپ و سایر فاکتورهای خطر برای ایجاد سرطان کولون وجود نداشته باشد باید ۱۰ سال بعد کولونوسکوپی جدیدی انجام دهید ولی اگر پولیپ داشته باشید خطر ایجاد سرطان کولون در ممکن است افزایش یابد. پولیپ چیست؟ دو نوع پولیپ در کولون یافت می شود. نوع اول یک پولیپ هیپرپلاستیک است که تأثیری در افزایش ایجاد سرطان کولون ندارد. نوع دوم پولیپ آدنوما (Adenomas) است. آدنوما معمولاً ۵ تا ۱۵ سال قبل از سرطان کولون شروع به ایجاد شدن می کند. همه پولیپ ها به هنگام کولونوسکوپی برداشته می شوند پولیپ ها سپس به آزمایشگاه پاتولوژی فرستاده می شوند تا این که نوع پولیپ مشخص شود. اگر پولیپ ها از نوع آدنوما باشند خطر ایجاد سرطان کولون افزایش می یابد و بنابراین کولونوسکوپی ۳-۵ سال بعد باید انجام گیرد. اگر پولیپ ها بزرگ و متعدد باشند لازم است کولونوسکوپی بعد از ۳ سال انجام گیرد. موارد معین و مشخصی نظیر تغییر در سابقه خانوادگی و شخصی وجود دارد که ممکن است در مورد تاریخ انجام کولونوسکوپی بعدی تأثیر داشته باشند.

۳- کولونوسکوپی مجازی چیست ؟

کولونوسکوپی مجازی یک سی تی اسکن مخصوص از کولون است. در سی تی اسکن با اشعه ایکس تصاویری از بدن به صورت تکه هایی شبیه قرص های نان نشان داده می شود. این تصاویر به کوچکی ۳ میلی متر هستند وقتی سی تی اسکن انجام گرفت با یک برنامه کامپیوتری تصاویر از حالت دو بعدی به شکل تصاویر سه بعدی تبدیل می گردد. نتایج مختلفی از انجام سی تی اسکن حاصل می شود. کولونوسکوپی مجازی یک نوع سی تی اسکن است که با استفاده از این ابزار سرطان کولون مورد ارزیابی قرار می گیرد. جهت انجام آن لازم است کولون قبلاً با یک محلول آماده و مسهل مشابه با کولونوسکوپی پاک گردد. سی تی اسکن معمولاً در بخش رادیولوژی انجام می گیرد و در حدود ۱۰۰ دقیقه زمان لازم است. از شما خواسته می شود که به پشت روی میز دراز بکشید یک لوله در داخل رکتوم جای داده می شود و هوا به داخل کولون پمپ می شود و این عمل باعث می شود تصاویر خوبی از کولون تهیه شود. در طی زمان معاینه از شما خواسته می شود تنفس خود را نگه دارید و از کج شدن و خم شدن خودداری کنید. خواسته می شود بچرخید و روی معده خود بخوابید تا این که اسکن دوباره تکرار شود. برای انجام سی تی اسکن ماده بیهوشی دریافت نمی کنید بنابراین لازم نیست آن روز بیکار بمانید و یا این که نتوانید ماشین برانید. کولونوسکوپی مجازی به نوبه خود یک آزمایش خوب به حساب می آید. مطالعات نشان می دهد که تعدادی از بیماران کولونوسکوپی مجازی را به کولونوسکوپی واقعی ترجیح می دهند چرا که در این روش فرد ماده بیهوشی دریافت نمی کند و همین طور قادر به رانندگی است و یا طی روز می تواند به کارهای خود برسد و همین طور به زمان کمتری نیاز دارد. کولونوسکوپی مجازی مناسب برای شناسایی پولیپ های بزرگتر از ۶ میلی متر است. پولیپ های بزرگتر معمولاً خطرناکتر هستند و خطر زیادی را برای سرطان دارند. با این حال کولونوسکوپی مجازی نمی تواند جایگزین کولونوسکوپی استاندارد شود. فواید کولونوسکوپی مجازی چیست ؟ شما یک محلول تمیز کننده کولون مشابه با آماده سازی و قبل از کولونوسکوپی استاندارد دریافت می کنید. مشابه کولونوسکوپی استاندارد هوا وارد کولون می شود و کولون باد می کند. این قسمت در هر دو روش ناراحت کننده است. ماده بیهوشی در زمان کولونوسکوپی داده می شود ولی در کولونوسکوپی مجازی بیمار ماده بیهوشی دریافت نمی کند. کولونوسکوپی از اشعه ایکس استفاده می کند و بیمار در معرض اشعه قرار داده

می شود و کمپانی های بیمه این روش را پوشش بیمه ای نمی کنند. با کولونوسکوپی مجازی پولیپ ها (بزرگتر از ۶ میلی متر) و توده های بزرگ تر قابل تشخیص اند و پولیپ های کوچکتر قابل تشخیص نیستند و خطر وجود سلولهای سرطانی در پولیپ های کوچک همچنان وجود دارد.

در آینده ممکن است کولونوسکوپی مجازی به صورت کاملاً استاندارد شده جهت معاینه سرطان کولون درآید. آینده این کولونوسکوپی شامل ایجاد تصاویر بهتر فراهم کردن زمینه پوشش بیمه ای توسط کمپانیهای بیمه و بوجود آوردن یک روش بدون آماده سازی قبلی است.

۴- آیا بلعیدن دوربینی کوچک جهت معاینه لوله گوارش می تواند کارآمد باشد. آیا می توانم آن را به جای کولونوسکوپی انجام دهم ؟

یک دوربین کوچکی وجود دارد که قادر است سیستم گوارشی را مورد معاینه قرار دهد. در ۱۹۹۰ این دوربین در اندازه یک مولتی ویتامین ساخته شد. در حال حاضر دو دوربین وجود دارد که توسط سازمان دارو و غذا (FDA) تایید شده است. یک نوع کپسول مری را مورد معاینه قرار می دهد و دیگری روده کوچک را مورد معاینه قرار می دهد. روده کوچک بین معده و کولون (روده بزرگ) قرار دارد و در حدود ۲۰ فوت طول دارد (۲۰۷۳۰/۴ cm) در حالیکه بلع یک کپسول جهت معاینه کولون در مقایسه با کولونوسکوپی یک حالت جذابیت دوگانه ایجاد می کند این تکنولوژی جدید است و در مراحل اولیه تکامل خود قرار دارد.

علاوه بر کپسول دو روش سنتی دیگر برای معاینه مری وجود دارد. آزمایش قدیمی یک فاگوگرام است که از اشعه ایکس استفاده می شود و طی آن بیمار محلول حاوی باریم می خورد و سپس با استفاده از اشعه ایکس تصاویری از مری گرفته می شود. در روش دوم انجام آندوسکوپی فوقانی است. آندوسکوپی فوقانی با استفاده از مواد بیهوشی صورت می گیرد. اخیراً روش سوم جهت معاینه از طریق یک کپسول بوجود آمده است که اسوکپسول (esocapsule) یا اسوفاگوس کپسول نامیده می شود. معاینه در حدود ۱۵ دقیقه زمان می برد. بعد از استفاده بقیه مسیر لوله گوارش را کپسول طی کرده و از طریق مدفوع از بدن خارج می شود. بیشتر مردم کپسول را در مدفوع خود نمی بینند. تصاویر حاصل از مری ثبت شده و سپس تصاویر ذخیره شده در کامپیوتر با حرکات

آهسته مورد بررسی قرار می گیرد. در حال حاضر دو دلیل برای استفاده از اسوفاگوس وجود دارد نخست برای بیمارانی که به مدت طولانی سوزش سردل دارند. اسوفاگوس تغییرات حاصل از آسیب مزمن را نشان می دهد. بیشترین استفاده معمول از اسوفاگوس در افرادی است که بیماری مزمن کبدی دارند.

در بیماران مبتلا به سیروز کبدی رگهای خونی بزرگی در مری بوجود می آید که واریس نامیده می شود. در بیماران مبتلا به سیروز واریس ها باید توسط یک اسوکپسول یا آندوسکوپی فوقانی مورد معاینه قرار گیرد. تجویز دارویی به کاهش فشار در واریس ها کمک می کند و خطر خونریزی را می کاهش دهد. چندین روش برای ارزیابی و معاینه روده کوچک وجود دارد. شبیه آزمایش اسوفاگوس یک آزمایش با اشعه ایکس است که با کمک باریوم انجام می گیرد.

یک روش پیشرفته استفاده از اشعه ایکس وجود دارد که انتروسلیسیس نامیده می شود. روش دیگر انتروسکوپی است. در این روش یک آندوسکوپ طویل از طریق دهان وارد شده و روده کوچک را معاینه می کند. در این روش تشخیص و درمان با هم صورت می گیرد. در هر حال این روش یک آزمایش تهاجمی است و فقط در حالت های خاص انجام می گیرد.

پیل کام (pillcam) روشی برای ارزیابی روده کوچک با حالت تهاجمی کمتر است که توسعه پیدا کرده است. تنها آمادگی از شب قبل ناشتا بودن است. روز آزمایش یک سیستم ثبت با هشت سیم به قفسه سینه و شکم بیمار متصل می شود سپس کپسول با آب بلعیده می شود و اگر مشکلی در بلع کپسول بوجود آید با کمک ابزار آندوسکوپی فوقانی کپسول را وارد می کنند. بعد از بلع، کپسول در طول لوله گوارش همانند حرکت غذا در طول لوله گوارش حرکت می کند. بیمار بعد از ۲ ساعت می تواند آب بخورد و نیز ۴ ساعت بعد از بلع کپسول می تواند یک ناهار سبک بخورد. کل زمان انجام این روش ۸ ساعت است و بعد از آن شما قادر به انجام فعالیت های عادی خود خواهید بود. در حالیکه روشهای دیگر مدت زمان زیادی طول می کشند. بعد از ۸ ساعت تصاویر از سیستم ثبت برداشته شده و ذخیره می شود و سپس به صورت یک فیلم تهیه شده و به آن نگاه می کنند. در حدود ۵۰ هزار تصویر وجود دارد که در مدت ۶۰ دقیقه از طریق کپسول گرفته می شود. روش استفاده از کپسول مناسب بوده و قابل تحمل است.

سرطان معدی - روده ای // ۱۲۱

آندوسکوپي کپسولي در بيماراني که تنگي روده کوچک دارند و يا سابقه ای از گرفتگي روده دارند نبايد مورد استفاده قرار گیرد چراکه کپسول ممکن است به روده بچسبد و موجب گرفتگي و بلوکه شدن روده شود و معمولاً قبل از آندوسکوپي کپسولي یک تصوير برداري با اشعه ایکس از روده کوچک انجام می گیرد و در بيماران دارای پيس میکر نیز استفاده از این روش بايد با احتیاط انجام گیرد.

پيل کام در معاینه برخی از مشکلات روده کوچک بکار گرفته می شود و غالباً برای ارزیابی بيماران دارای خونريزي معدی - روده ای استفاده می شود. بيمار غالباً نخست با آندوسکوپي فوقانی و کولونوسکوپي مورد معاینه قرار می گیرد و اگر منبع خونريزي تشخيص داده نشود بيمار با آندوسکوپي کپسولي معاینه می شود. روش عمل آندوسکوپي کپسولي در بيماران بر اساس تعيين محل خونريزي و سرعت خونريزي می باشد.

خونريزي های سريع زود تشخيص داده می شوند. آندوسکوپي کپسولي در افراد مبتلا به بيماري التهاب روده ای يا پولیپ های روده کوچک غالباً مورد استفاده قرار می گیرد. در استفاده از آندوسکوپي کپسولي در بيماران دارای التهاب روده ای بايد احتیاط کرد چراکه خطر گرفتگي در بيماري کرون افزايش می يابد.

۵- من یک برآمدگی دارم و سرطان مری بالاترين میزان سرطان در کشور است. حالا چگونه بايد آن را آزمایش کنم؟

دو نوع معمول از سرطان مری وجود دارد - آدنوکارسینوما و کارسینوما سلول سنگفرشی که مربوط به مصرف سیگار است و قبلاً شایع ترین سرطان مری بود. این نوع سرطان مری در حال کاهش است.

در حالیکه آدنوکارسینوما مری در دهه های اخیر در حال افزایش است و از کارسینوما سلول سنگفرشی پیشی گرفته است.

بر این باورند که آدنوکارسینوما مری در اثر رفلاکس معدی - مری اسید در طولانی مدت بوجود می آید.

آیا باید مورد آزمایش قرار بگیرم؟ مهمترین علامت شایع سرطان مری چسبیدن غذا به مری است که تحت عنوان دیس فاژی نام برده می شود. به عبارت دیگر وقتی فرد عمل بلع انجام می دهد احساس می کند غذا در نصف مسیر پایین می چسبد با این حال بیشتر بیماران دارای مشکل بلع سرطان ندارند. علت‌های عمده و شایع شامل: تشکیل حلقه بافتی خوش خیم در مری، تنگی مربوط به اسید، التهاب مری (اسوفازیت) یا وجود یک اختلال حرکتی در مری است. همه بیماران دارای دیس فاژی باید آندوسکوپی فوقانی انجام دهند. آندوسکوپی فوقانی روش ساده ای است که با مقدار کمی آرام بخش انجام می شود و لوله انعطاف پذیر از طریق دهان وارد مری، معده و بخش اول روده کوچک یعنی دوازدهه می شود. اگر موارد غیرطبیعی مشاهده نشود نمونه برداری بافتی از طریق یک کانال در آندوسکوپ انجام می شود این نمونه برداری خیلی کوچک (به اندازه سر سوزن) است و شما آن را احساس نمی کنید.

اگر تنگی در مری باشد می توان آن را گشاد کرد یا تحت کشش قرار داد. این روش معاینه حدود ۱۰-۵ دقیقه زمان می برد. مشابه کولونوسکوپی در طول زمان معاینه تحت کنترل قرار دارید و بعد از انجام این عمل نباید رانندگی کنید و تا ۶ ساعت بعد نباید چیزی بخورید یا بنوشید.

سایر علائم غیر اختصاصی وجود دارند که می توانند به عنوان نشانه هایی از سرطان مری هشداردهنده باشند. نظیر خونریزی معدی - روده ای، کاهش اشتها بدون هیچ دلیلی و یا کم خونی ناشی از کمبود آهن.

وقتی سرطان مری تشخیص داده شد بعداً لازم است با آزمایش هایی جایگاه تومور مشخص شود. جایگاه تومور مشخص می کند که آیا تومور عمقی است یا سطحی و این که آیا در اندام اولیه یعنی در مری پخش شده است یا نه. بعد از انجام آندوسکوپی و نمونه برداری بافتی پاتولوژیست نمونه بافتی را در زیر میکروسکوپ مورد ارزیابی قرار می دهد. یک سی تی اسکن نیز انجام می شود تا این که مشخص شود آیا تومور در پشت مری نیز رشد کرده است. اگر نتیجه سی تی اسکن منفی باشد به این معنی است که بیماری در خارج از مری وجود ندارد. سپس یک آندوسکوپی اولتراسوند انجام می گیرد که مشابه آندوسکوپی اولیه است و دارای یک لوله اندکی بزرگتر با یک دوربین و یک نشانگر اولتراسوند در انتهای آن می باشد. اولتراسوند به دکتر این امکان را می دهد

که دیواره مری را نگاه کند و مشخص کند که چه مقدار از دیواره مری گرفتار شده است. گره های لنفی موضعی در همان زمان معاینه ارزیابی می شوند. اگر گره های لنفی مشکوک ظاهر شوند؟ این امر به تیم دکترها کمک می کند که درمان مناسبی داشته باشند. درمان معمولاً شامل ترکیبی از جراحی، شیمی درمانی و پرتودرمانی است. بیماران دارای تومور در مراحل خیلی اولیه تحت یک درمان اولیه قرار می گیرند. بیمارانی که تومورها در آنها در حالت پیشرفته باشد باید شیمی درمانی و پرتودرمانی جهت کمک به کوچک کردن تومور داشته باشند. تعدادی از بیماران نیاز به جراحی خواهند داشت که این عمل یک جراحی بزرگ است و طی آن مری برداشته می شود و معده از داخل قفسه سینه به طرف بالا کشیده می شود. همه بیماران تحت عمل جراحی قرار نمی گیرند.

۶- چند سال است که سوزش سردل دارم. آیا خطر ایجاد سرطان مری در من وجود دارد؟

شاید یک ارتباطی بین سوزش سردل و خطر ایجاد سرطان مری وجود دارد. تعداد بیمارانی که آندوکارسینوما در آنها تشخیص داده می شود به سرعت در حال افزایش است. این مورد در ارتباط با رفلاکس اسیدی است در گروه عمده ای از بیماران دارای سوزش سردل سرطان مری بوجود نمی آید. تعریف های مختلفی از سوزش سردل وجود دارد. سوزش سردل به طور معمول با یک احساس سوزش دل در مرکز قفسه سینه است که از زیر استخوان جناغ شروع می شود و به صورت شعاعی در قفسه سینه انتشار می یابد. برخی مریض ها یک تجربه مزه اسیدی در دهان را دارند. درمان سوزش سردل با تغییراتی در روش زندگی و دارودرمانی انجام می گیرد. تغییرات در روش زندگی شامل کاهش مقدار غذای مصرفی، کاهش وزن، پرهیز از خوردن غذاهایی که رفلاکس اسید معده را باعث می شوند مانند قهوه یا الکل و پرهیز از دراز کشیدن بلافاصله بعد از غذا خوردن است. داروهای متوقف کننده اسید مانند آنتی اسیدها بلوکرهای H_2 مانند رانیتیدین و مهارکننده های پمپ پروتون نظیر امپرازول برای کنترل سوزش سردل استفاده می شوند. اگر چندین سال است که سوزش سردل دارید باید آندوسکوپی فوقانی انجام دهید. اگر چندین سال پیش تجربه سوزش سردل داشته اید و حالا به خاطر مصرف داروها مشکل شما برطرف شده است هنوز هم خطر آسیب مزمن در مری وجود دارد و باید یک آندوسکوپی فوقانی انجام دهید. به هنگام آندوسکوپی فوقانی

بافت پوششی مری به دقت معاینه می شود و مخصوصاً از نظری مری بارت بررسی می شود. مری بارت پیش ساز سرطان مری است که در آن بافت پوششی مری در نزدیکی معده به علت آسیب تکراری با اسید معده تغییر می کند و در زیر آندوسکوپ ظاهر متفاوت و قابل تشخیص از سایر قسمتها دارد. مری بارت به طور شایع در مردان سفیدپوست مسن مشاهده می شود اما در همه بیماران دارای سوزش سر دل زیاد این خطر وجود دارد. اگر مری بارت تشخیص داده شد به دو مورد باید توجه کنید. کنترل کامل سوزش سر دل و انجام مرتب آندوسکوپی. برای کنترل اسید باید یک مهارکننده پمپ پروتون را به صورت یک یا دو بار در روز در بقیه عمر خود مصرف نمایید و نتایج بیوپسی فواصل بین آندوسکوپی ها را مشخص می کند. سرعت تغییر سلولها به سرطانی شدن بر اساس درجه دیس پلاژی تعیین می شود. در بیماران فاقد دیس پلاژی آندوسکوپی هر سال تکرار می شود و اگر هیچ نوع تغییراتی در مری مشاهده نشود آندوسکوپی هر ۳ یا ۵ سال یک بار انجام می شود. اگر درجه دیس پلاژی خفیف باشد تکرار آندوسکوپی یک سال بعد از اولین معاینه انجام می شود و سپس اگر مشاهدات و یافته های قبلی تغییر نکرده باشد تکرار آندوسکوپی هر سال یک بار انجام می شود و اگر دیس پلاژی با درجه بالایی باشد انجام آندوسکوپی هر سه ماه یک بار انجام می شود.

اگر دیس پلاژی با درجه بالا تائید شود در زمان انجام آندوسکوپی ممکن است سرطان تشخیص داده شود و همان موقع تصمیم به عمل جراحی گرفته شود. استاندارد هدف در جراحی فاگوتومی است که طی آن مری برداشته می شود و اگر سرطان تشخیص داده نشود باید هر سه ماه یک بار نمونه برداری بافتی انجام گیرد. در صورتیکه سرطان رشد کند بیمار سریعاً مورد عمل جراحی قرار می گیرد. خطر ایجاد سرطان در بیماران دارای مری بارت در حدود ۰/۴ درصد در هر سال است. اگر بیمار یک برنامه منظم معاینه داشته باشد سرطان معمولاً در مراحل اولیه تشخیص داده می شود. اگر مری بارت دارید لازم است که مصرف داروهای متوقف کننده اسید را به طور منظم ادامه دهید و آندوسکوپی های فوقانی مرتب داشته باشید.

۷- چه چیزهایی در مورد سرطان پانکراس می دانید؟

پانکراس یک اندام شکمی است که در هضم غذا و تولید انسولین نقش دارد. سرطان پانکراس در افراد با وجود عملکرد طبیعی پانکراس ایجاد می شود. هر سال ۳۰ هزار مورد سرطان پانکراس شناسایی می شود و چهارمین عامل مرگ می باشد. در بیشتر موارد علت سرطان پانکراس شناخته نشده است. تعداد عوامل خطر ساز برای سرطان پانکراس وجود دارد که شامل افزایش سن، مصرف دخانیات، برخی سندروم های سرطانی و وراثت پانکراتیتس است.

برخی بیماران دارای یک سابقه خانوادگی از سرطان پانکراس هستند. اگر دو یا بیشتر از عوامل خطر ساز با هم باشند خطر ایجاد سرطان پانکراس افزایش می یابد. بیشتر بیماران دارای سرطان پانکراس علائم و نشانه های آن را نمی دانند تا این که بیماری در آنها به حالت پیشرفته می رسد. شایع ترین علامت بروز سرطان پانکراس زردی (یرقان) است. در یرقان پوست و سفیدی چشم ها به رنگ زرد درمی آید. به خاطر گرفتگی مجرای صفرا که از کبد می آید یرقان پیشرفت می کند. بیماران معمولاً درد شکمی ندارند برخی سرطان های پانکراس درد در قسمت فوقانی پشت، کاهش اشتها و کاهش وزن را بروز می دهند و در برخی موارد دیابت با سرطان پانکراس همراه می شود.

اگر بیمار مشکوک به سرطان پانکراس باشد اولین کار انجام یک سی تی اسکن است که یک آزمایش خوب جهت تشخیص توده در پانکراس است. وقتی یک توده تشخیص داده شد سپس ویژگی های آن نظیر اندازه تومور درگیری رگ های خونی و عقده های لنفی بزرگ شده بررسی و توصیف می شود. این اطلاعات به تیم پزشکی کمک می کند تا این که بهترین استراتژی درمان را انجام دهند. از توده نمونه برداری بافتی انجام می شود این عمل از طریق وارد کردن یک سوزن از پوست و اخیراً از طریق آندوسکوپی اولتراسوند انجام می شود. وقتی در بیماران زردی بوجود می آید ممکن است خارش یا عفونت در مجرای صفراوی گرفته شده بوجود آید که این حالت کولانژیت نامیده می شود. اگر هر یک از موارد وجود داشته باشد یک آندوسکوپی رتروگراد کولانژیو پانکریتوگرافی (ERCP) انجام می شود که یک نوع تخصصی آندوسکوپی است که می تواند به رفع گرفتگی مجرای صفرا کمک کند.

ابزار خیلی کوچکی به کمک اشعه ایکس وارد مجرای صفراوی می کنند و برای رفع تنگی و گرفتگی یک استنت در محل گرفتگی قرار می دهند. استنت شبیه یک حلقه پلاستیکی است. استنت به رفع گرفتگی کمک می کند و بعد از یک هفته صفرآ آزاد شده و خارش برطرف می شود و خطر عفونت کاهش می یابد.

بیشتر بیماران دارای سرطان پانکراس در مرحله پیشرفته هستند. بیمارانی که در آنها تومورها کوچک بوده و به خوبی تعیین محل شده باشند برای جراحی مناسب نمی باشند. نوع جراحی بستگی به محل تومور دارد. جراحی بهترین انتخاب برای درمان سرطان پانکراس است. متأسفانه غالب تومورها قابلیت جدا کردن را ندارند. بیمارانی که در آنها تومورهای بزرگی وجود دارد ممکن است لازم باشد درمان تسکینی مانند جراحی یا قرار دادن استنت انجام شود. شیمی درمانی و پرتودرمانی برای معالجه سرطان پانکراس مؤثر نیست. متأسفانه از آنجا که سرطان پانکراس دیر تشخیص داده می شود فرایند پیش بینی سرطان پانکراس خیلی ضعیف است.

۸- در مورد خطر ایجاد سرطان معده چقدر اطلاعات دارید ؟

سرطان معده دومین تومور شایع در جهان است و در ژاپن خیلی شایع است شیوع سرطان معده در چند دهه اخیر در امریکا در حال کاهش است. چندین عامل غذایی وجود دارند که خطر ایجاد سرطان معده را افزایش می دهند که شامل تغذیه کم و ناچیز، غذاهای نمکی و دودی، الکل، کاهش مصرف میوه ها و سبزی ها، مصرف سیگار و نترات ها است. میوه های تازه و غذاهای دارای آنتی اکسیدان از ایجاد سرطان معده جلوگیری کرده و بعنوان محافظ عمل می کنند. یک نوع باکتری در معده وجود دارد که هلیکوباکتر پیلوری نامیده می شود و ممکن است مرتبط با سرطان معده باشد. اچ - پیلوری شایع ترین عفونت باکتریایی مزمن را در انسان ایجاد می کند و تصور بر این است که ۵۰ درصد مردم دنیا این باکتری را دارند. بیشتر افراد دارای اچ - پیلوری فاقد علائم هستند و در آنها مشکلات مربوط به این باکتری بوجود نمی آید. اچ - پیلوری می تواند زخمهایی را در معده ایجاد نماید. اگر اچ - پیلوری تشخیص داده شود باید از بین برده شود. اچ - پیلوری با انجام نمونه برداری از معده، آزمایش خون و آزمایش تنفس تشخیص داده می شود. نمونه برداری بافتی و آزمایش تنفس خیلی دقیق هستند. اچ - پیلوری توسط آنتی بیوتیک ها و داروهای متوقف

سرطان معدی - روده ای // ۱۲۷

کننده اسید مانند امپرازول با دو بار در روز و در طول ۱۴-۱۰ روز درمان می شود. برای ریشه کنی اچ - پیلوری داروها به طور کامل باید مصرف شوند. بیماران مبتلا به سرطان معده شکایت های مختلفی دارند. شایع ترین علامت ها درد شکمی، کاهش وزن و تهوع است. برخی بیماران کاهش اشتها نیز دارند. برخی بیماران بعد از خوردن مقدار خیلی کمی غذا احساس پری در معده می کنند. در تعداد کمی از بیماران خونریزی بوجود می آید. بیمار ممکن است خون را استفراغ کند و یا این که آنرا از طریق مدفوع به صورت تیره رنگ دفع کند. وقتی دکتر بیمار را معاینه می کند ممکن است یک توده ای در شکم احساس شود. اگر بیمار مشکوک به سرطان معده باشد آندوسکوپی فوقانی و سی تی اسکن جهت تشخیص نهایی باید انجام گیرد. سرطان ممکن است یک زخمی که خوب نمی شود و یا یک توده ای معده باشد. نمونه برداری بافتی نیز انجام می شود در صورتی که تومور در مراحل خیلی اولیه باشد در زمان آندوسکوپی برداشته می شود. در تومورهای پیشرفته جراحی بهترین روش است ولی در همه بیماران به علت اندازه تومور و یا مشکلات دارویی انجام نمی شود. نوع جراحی بر اساس اندازه و محل قرارگیری سرطان است. شیمی درمانی و پرتودرمانی برای برخی از بیماران ممکن است مفید باشد. متاسفانه سرطان معده اغلب دارای پیش بینی ضعیف است.

۹- سرطان کبد چگونه تشخیص داده می شود ؟

کبد یک اندام در سمت راست و فوقانی شکم است و به پاک کردن خون از مواد سمی کمک می کند. کبد صفرا تولید می کند که به هضم چربی ها کمک می کند. دو نوع عمده از سرطان کبد وجود دارد: اولیه و متاستاتیک.

کارسینوم هپاتوسلولر که هپاتوما (HCC) نامیده می شود شایعترین سرطان کبد است که از سلولهای کبد منشاء می گیرد و بیشتر مرتبط با سیروز کبدی است. سرطان متاستاتیک در کبد زمانی است که سلولهای سرطانی از اندامهای دیگر بدن به داخل کبد پخش می شوند. سیروز یک عارضه طولانی مدت در بیماری مزمن کبدی است. عوامل عمده بوجود آورنده آن شامل هپاتیت های B و C، مصرف زیاد و طولانی مدت الکل و زیادی آهن است. بیماران مبتلا به سیروز کبدی باید به طور مرتب معاینه شوند.

کارسینوم هپاتوسلولر ممکن است باعث ناراحتی در قسمت فوقانی شکم و کاهش وزن شود. درد ممکن است حالت بدتر و بیشتری پیدا کند. سایر علائم مرتبط شامل خستگی، ضعف، یرقان یا جمع شدن مایع در شکم است. کارسینوم هپاتوسلولر، α - فیتوپروتئین AFP تولید می کند که در خون قابل تشخیص است.

در بیماران دارای سیروز کبدی ترکیبی از آزمایشهای خون، سونوگرافی و MRI هر ۳ یا ۶ ماه یک بار به طور مرتب انجام گیرد تا تشخیص سرطان کبد سریعتر امکان پذیر باشد. در صورت تشخیص سرطان کبد در بیماران دارای سیروز بیمار جهت جایگزینی کبد معرفی می شود.

علت دیگر سرطان کبد ایجاد متاستاز از سرطان های دیگر است. متاستاز انتشار و پخش شدن تومور از جایگاه اولیه نظیر لوله گوارش، شش یا پستان به کبد است و علائم آن مشابه با سرطان اولیه کبد است. تشخیص آن معمولاً توسط سونوگرافی، سی تی اسکن یا MRI انجام می گیرد. در صورت مشکوک بودن عمل نمونه برداری بافتی از طریق پوست و با کمک اشعه ایکس انجام می گیرد. نمونه برداری بافتی منشاء تومور را مشخص می کند.

روش های درمانی مختلفی برای کارسینوم هپاتوسلولر وجود دارد برخی بیماران برای دریافت کبد جایگزین کاندید می شوند. در عده دیگر از بیماران که شدت بیماری شدید نمی باشد عمل جراحی صورت می گیرد. در این مورد هم جراحی بستگی به اندازه تومور و محل قرارگیری آن دارد. متدهای مؤثر دیگر شامل تراش دادن و قطع ذخیره خون تومور است. وارد کردن داروهای شیمیایی به داخل محل آسیب و تومور نیز به کوچک شدن آن کمک می کند.

۱۰- چه عواملی به پیشگیری از سرطان سیستم گوارش کمک می کنند؟

سرطان های معدی - روده ای یک سوم از سرطان های تشخیص داده شده را شامل می شوند. متاسفانه راههای مؤثری برای جلوگیری از ایجاد سرطان لوله گوارش، کبد و پانکراس وجود ندارد. عده ای بر این باورند که مکمل های غذایی ممکن است ایجاد و گسترش سرطان ها را کاهش دهند. در هر حال رژیم غذایی سالم و دقیق کلید سلامتی است.

سelenium سلنیم

سلنیم یک ماده معدنی است که در غذاهای دریایی، گوشت و غذاهای گیاهی وجود دارد. اثرات محافظتی این ماده اولین بار در ۱۹۶۰ مشخص شد. مطالعات کمی نشان می دهد که سلنیم ممکن است خطر سرطان مری و سرطان کولون را کاهش دهد. نتایج بدست آمده در مطالعات حیوانی به راحتی قابل تعمیم به انسان نیست. نیاز روزانه به سلنیم به طور متوسط ۷۰ میکروگرم است. بیشتر مردم از طریق رژیم غذایی ۱۰۰ میکروگرم از آن را دریافت می کنند. دوز مورد نیاز جهت پیشگیری از سرطان در حدود ۲۰۰ میکروگرم است. سلنیم ممکن است اثر محافظتی در مورد سرطان پروستات و سرطان شش ها داشته باشد.

ویتامین های ضد اکسیدان

مواد مختلفی وجود دارند که دارای اثرات ضد اکسیدانی می باشند. ویتامین های ضد اکسیدان شامل ویتامین های A، C و E می باشند. ضد اکسیدان ها در میوه ها و سبزی های تازه وجود دارند و بر علیه رادیکال های آزاد تولید شده در بدن که در ایجاد سرطان نقش دارند، عمل می کنند. رادیکال های آزاد در دود سیگار، هوای آلوده وجود دارند. بهنگام در معرض خورشید قرار گرفتن و در هضم غذا نیز رادیکالهای آزاد در بدن تولید می شوند. برخی غذاها به طور خاص دارای مقادیر زیادی ضد اکسیدان هستند که شامل غذاهای زرد و نارنجی، سبزی های با برگ سبز، کیوی و آلو است. گوجه فرنگی یک منبع خوب از لیکوپن است که به عنوان یک ضد اکسیدان می باشد.

Folate فولات

فولات یک ویتامین است که در سبزیجات با برگ سبز، میوه ها، غلات، حبوبات، میوه های هسته دار و گوشت یافت می شود. یک ماده لازم برای زنان باردار است که از ایجاد نارسایی های عصبی در جنین جلوگیری می کند. فولات از آسیب DNA جلوگیری می کند و از این طریق از سرطان پیشگیری می کند. نشان داده شده است که فولات خطر سرطان کولون را کاهش می دهد.

کلسیم Calcium

کلسیم ممکن است با کنترل تغییرات در سلولها از سرطان جلوگیری کند. کلسیم در بیمارانی که خطر سرطان کولون در آنها بالا بود مورد مطالعه قرار گرفت این بیماران یا دارای سابقه فامیلی از سندروم های پولیپ بودند و یا یک سابقه فردی از پولیپ های کولون داشتند. دوز استاندارد مورد استفاده ۱۵۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم کلسیم بود و این مطالعات مؤثر بودن آن را نشان داد این نوع مطالعات در مرحله اولیه کلینیکی است.

داروهای ضد التهابی NSAIPS

داروهای ضد التهابی مانند آسپرین یا سالدیناک نشان داده شده است که خطر سرطان را کاهش می دهند. تصور بر این است که این کار مربوط به عمل مهار سیکلوآکسیژناز (آنزیم COX-2) است. متاسفانه برخی مهارکننده های COX-2 موجب افزایش مشکلات قلبی - عروقی می شوند. مطالعات متعدد نشان داده است که مصرف منظم داروهای ضد التهابی به کاهش خطر سرطان کولون و مری کمک می کند. متاسفانه برخی خطرات در استفاده از این داروها نظیر خونریزی معده و روده و یا حملات هموراژی وجود دارد. این دارو در بیماران با خطر متوسط توصیه نمی شود اما ممکن است بیماران با خطر بالا کمک کند. روی هم رفته مشکل است که سودمند بودن اثر محافظتی یک ماده به طور کامل تعیین شود مهم است که رژیم غذایی سالم و حاوی میوه ها و سبزی های تازه مصرف شود و از مواد سرطان زا نظیر دخانیات و الکل پرهیز گردد.

بخش هفتم

پانکراس و کیسه صفرا

- ۱- پانکراس (لوزالمعده) چیست و چه کاری انجام می دهد؟
- ۲- پانکراتیت حاد چیست؟
- ۳- پانکراتیت حاد چگونه تشخیص داده می شود؟
- ۴- چه عواملی موجب پانکراتیت حاد می شوند؟
- ۵- پانکراتیت حاد چگونه درمان می شود؟
- ۶- پانکراتیت مزمن چیست؟
- ۷- پانکراتیت مزمن چگونه تشخیص داده می شود؟
- ۸- پانکراتیت مزمن چگونه درمان می شود؟
- ۹- سنگ های کیسه صفرا چگونه تشخیص داده می شوند؟
- ۱۰- کیسه صفرا چیست؟
- ۱۱- سنگهای صفرا چه ویژگیهایی دارند؟
- ۱۲- پزشک با سونوگرافی سنگهای صفرا در من پیدا کرده است اما من درد شکمی ندارم. آیا باید نگران باشم؟
- ۱۳- سنگهای صفرا چگونه درمان می شوند؟
- ۱۴- ERCP چیست؟

۱- پانکراس (لوزالمعده) چیست و چه کاری انجام می دهد؟

پانکراس یک اندام دراز است که در بالای شکم قرار دارد و در حدود ۱۰-۶ اینچ طول دارد و در پشت معده و نزدیکی دوازدهه قرار دارد و دارای سه قسمت سر، بدنه و دم است. اعمال پانکراس به دو قسمت عمده تقسیم می شود. سلولهای تخصص یافته ای در پانکراس که سلولهای جزیره ای نامیده می شوند. میزان قند خون را تنظیم می کنند. این سلول ها هورمونهای انسولین و گلوکاگون را ترشح می کنند این مواد مستقیماً به داخل خون آزاد می شوند. سایر سلولها در پانکراس آنزیمهایی تولید می کنند که به هضم غذا کمک می کند که شامل آمیلاز، لیپاز، تریپسین و کیموتریپسین می باشند. این آنزیمها به داخل مجرای پانکراس آزاد می شوند و این مجرا مستقیماً وارد روده کوچک می شود. بدون پانکراس زندگی امکان پذیر است در این حالت تزریق انسولین همیشه برای کنترل دیابت ضروری است و آنزیمهای گوارشی پانکراس به صورت قرص مصرف می شوند. در حالت های شدید پانکراتیت مزمن که با تخریب پانکراس همراه است. بیماران به دیابت مبتلا می شوند و کاهش وزن و سوء تغذیه به علت نقص در هضم غذا بوجود می آید.

۲- پانکراتیت حاد چیست؟

پانکراتیت حاد یک حالت التهاب پانکراس است. در بیماران درد شکمی شدید و ناگهانی بوجود می آید درد غالباً بین ناف و انتهای پایین استخوان سینه می باشد. در برخی مواقع درد در بالای شکم اما نه در طرف راست یا چپ احساس می شود.

درد غالباً از قسمت جلو به پشت شکم می زند. در برخی موارد درد همراه با تهوع و استفراغ است و ممکن است تب نیز وجود داشته باشد. در روز شروع درد بیمار به پزشک مراجعه می کند و به علت شدت درد بیمار به بخش اورژانس منتقل می شود.

در بیشتر موارد پانکراتیت حاد در بیمارستان پذیرش می شود. با این حال در اغلب مواقع با این که علائم اولیه و شدید می باشند بهبودی سریع بوجود می آید و بیماران تنها چند روز در بیمارستان می مانند. خیلی کم دردها ادامه می یابند و بیمار مدت بیشتری در بیمارستان می ماند.

پانکراس و کیسه صفرا//۱۳۳

در حدود یک دهم از پانکراتیت های حاد حالت خطرناکی دارند. التهاب پانکراس می تواند منجر به آسیب شش و یا کلیه و نیز عفونت در آنها شود. در برخی مواقع نیاز به دستگاه تنفسی و یا دیالیز است. حالت های شدید پانکراتیت حاد تهدیدکننده زندگی هستند.

پانکراتیت حاد شدید باعث مرگ بافت پانکراس می شود و بافت مرده عفونت می کند. این نوع عفونت تنها با آنتی بیوتیک ها درمان نمی شود و باید با عمل جراحی بافت عفونی برداشته شود. مجموعه های بزرگی از مایع بنام کیست های کاذب در پانکراتیت حاد ایجاد می شود. این کیست ها عفونی می شوند و یا مسیر عبور غذا در لوله گوارش را سد می کنند. این کیست ها برخی مواقع در طول هفته ها و ماهها خود بخود برطرف می شوند ولی اگر برطرف نشدند نیاز به جراحی پیدا می کنند.

۳- پانکراتیت حاد چگونه تشخیص داده می شود ؟

پزشک با معاینه بیمار و با توجه به علائم درد به پانکراتیت حاد مشکوک می شود. از آنجا که الکل و کیسه صفرا بیشتر موجب پانکراتیت حاد می شوند در بیمارانی که مصرف زیاد الکل و یا سابقه سنگ کیسه صفرا دارند احتمال وجود پانکراتیت حاد بیشتر است. از آنجا که پانکراس در جریان پانکراتیت حاد آنزیمهایی را به داخل جریان خون آزاد می کند بررسی مقدار این آنزیمها برای تشخیص پانکراتیت حاد مهم است. در آزمایش خون آمیلاز و برخی مواقع لیپاز مورد ارزیابی قرار می گیرد. لازم است میزان یکی از این آنزیمها حداقل در سه نوبت باید بیشتر از حد طبیعی باشد تا این که پانکراتیت حاد تشخیص داده شود.

تصاویر رادیولوژی از شکم نیز برای تشخیص پانکراتیت حاد خیلی مهم هستند. سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI قادر به تشخیص پانکراتیت حاد هستند و تشخیص با باد کردگی یا طویل شدن پانکراس و تجمع مایع غیر طبیعی در اطراف پانکراس مشخص می شود.

۴- چه عواملی موجب پانکراتیت حاد می شوند ؟

الکل و کیسه صفرا از قدیم از عوامل اصلی ایجاد پانکراتیت حاد به حساب می آیند. بیش از ۸۰ درصد موارد پانکراتیت حاد در امریکا به علت الکل یا کیسه صفراست. مصرف الکل در مقادیر زیاد

و مزمن موجب پانکراتیت می شود. سنگ کیسه صفرا علت غالب ایجاد پانکراتیت حاد است. این اتفاق وقتی می افتد که سنگ کیسه صفرا از کیسه وارد مجرای صفراوی می شود مجرای صفراوی قبل از اتصال به روده کوچک به مجرای پانکراس متصل می شود. وقتی سنگ کیسه صفرا مجرای پانکراس را می بندد پانکراتیت به وجود می آید. از آنجا که مجراهای صفرا و پانکراس کوچک هستند سنگ های کیسه صفرا کوچک موجب پانکراتیت حاد می شوند.

یک سری علت های غیر شایع برای پانکراتیت حاد وجود دارد که شامل: افزایش میزان تری گلیسریدها یا کلسیم خون، برخی داروهای خاص، عوامل ارثی، آسیب فیزیکی پانکراس و برخی عفونت های نادر است. برای بررسی پانکراتیت از یک نوع آندوسکوپی مخصوص استفاده می کنند که ERCP نامیده می شود. این مورد غیر معمول به نظر می رسد زیرا ERCP به طور معمول برای ارزیابی پانکراس و درمان اختلالات پانکراس یا کیسه صفرا بکار می رود. اما خود این روش منجر به پانکراتیت حاد در معیار یک به ۲۰ می شود. تومورهای پانکراس نیز می توانند موجب پانکراتیت حاد شوند.

۵- پانکراتیت حاد چگونه درمان می شود؟

بیماران جهت درمان در بیمارستان پذیرش می شوند. یک اصل مهم در معالجه استراحت پانکراس است چراکه پانکراس توسط خوردن غذا تحریک می شود. بیماران با قطع مصرف هر نوع ماده ای از دهان معالجه می شوند به منظور حفظ آب بدن مایعات از طریق داخل وریدی وارد می شود. درد ناشی از پانکراتیت حاد شدید بوده و ضد دردهایی مانند مورفین از طریق داخل وریدی داده می شود. دارو درمانی برای تهوع هم انجام می شود که در کنترل علائم مؤثر است و اگر با این حال استفراغ وجود داشته باشد یک لوله پلاستیکی از طریق بینی در معده قرار داده می شود تا مایع جمع شده از معده خارج شود. متأسفانه در حال حاضر درمان خاصی وجود ندارد که پزشکان بتوانند مستقیماً التهاب پانکراس را تحت درمان قرار دهند. بیماران معمولاً در طی چند روز بهبود یافته و بیمارستان را ترک می کنند.

پانکراس و کیسه صفرا//۱۳۵

در موارد خیلی کمی پانکراتیت حاد می تواند شدید باشد. فشار خون به طور خطرناکی پایین می آید. احتمال آسیب در عملکرد کلیه و شش و ایجاد عفونت در آنها وجود دارد و در این گونه موارد بیمار تحت مراقبت شدید قرار می گیرد اگر آسیب عملکرد شش زیاد باشد قرار دادن یک لوله تنفسی ضروری است و در برخی موارد به علت نارسایی کلیه انجام دیالیز ضروری است. در حالت های شدید بیماری قسمتی تا تمام بافت پانکراس می میرد و مرگ بافتی خطر ایجاد عفونت را بالا می برد و در این صورت نیاز به عمل جراحی است. کیست های کاذب حاوی مایع بوجود می آید که عفونت می کنند و لوله گوارش را مسدود می کنند و نیاز به جراحی آنهاست.

۶- پانکراتیت مزمن چیست؟

پانکراتیت مزمن یک وضعیت التهابی مزمن است که در نتیجه آسیب بافت پانکراس بوجود می آید. شدت بیماری بر اساس میزان آسیب بافتی است. این وضعیت بیماری خیلی دردناک است، ناتوان کننده بوده و درمان آن مشکل است.

از گذشته علت مهم پانکراتیت مزمن مصرف نادرست الکل است. در بیشتر موارد پانکراتیت مزمن به علت مصرف زیاد الکل در طی چند سال بوجود می آید. علت های نادر دیگر پانکراتیت مزمن شامل: افزایش تری گلیسرید ها و پانکراتیت موضعی که تنها در برخی نواحی خاص مانند هند وجود دارد می باشد و به صورت نادر به علت وراثت نیز پانکراتیت مزمن به وجود می آید و ژن های مسئول ایجاد بیماری شناخته شده اند. بر عکس پانکراتیت مزمن که در میانسالی و اوایل بزرگسالی بوجود می آید پانکراتیت وراثتی خیلی زودتر بوجود می آید. توجه زیادی به فیروزسیستیک به عنوان علت پانکراتیت مزمن می شود. افرادی که فیروزسیستیک را به طور کامل نشان نمی دهند و یکی از دو ژن ایجاد کننده بیماری را دارند (هتروزیگوت) ممکن است پانکراتیت مزمن در آنها بوجود آید در حالیکه هیچ یک از علائم فیروزسیستیک در آنها دیده نمی شود. نوع آسیب وارده به پانکراس در پانکراتیت مزمن متغیر است. برخی مواقع التهاب ایجاد شده در سطح میکروسکوپی است و برای دیدن در آزمایش سی تی اسکن مشکل است و در برخی مواقع دیگر التهاب و تخریب پانکراس قابل مشاهده است. مجرای اصلی پانکراس اغلب به طور غیر طبیعی بزرگ شده و یا به طور متناوب ممکن است نواحی از آن باریک گردد در برخی موارد به علت تجمع زیاد

کلسیم در بافت پانکراس این بافت با کمک اشعه ایکس از شکم قابل مشاهده است. برخی مواقع با تجمع مواد کوچک در مجرای پانکراس خروج شیره پانکراس را مسدود می کنند در نتیجه موجب درد می شوند.

۷- پانکراتیت مزمن چگونه تشخیص داده می شود؟

پزشکان با بررسی درد شدید مزمن در بالای حفره شکمی به خصوص در بیمارانی که دارای سابقه مصرف زیاد الکل هستند به پانکراتیت مزمن مشکوک می شوند. با این وجود همه بیماران مبتلا به پانکراتیت مزمن دارای سابقه مصرف نادرست الکل نیستند. همانند پانکراتیت حاد درد به صورت شعاعی به پشت می زند و با خوردن غذا شروع می شود سایر علائم و نشانه ها شامل کاهش وزن و مدفوع چربی با بوی متعفن (استئوتوره) است که در اثر کمبود آنزیم های گوارشی پانکراس بوجود می آید.

برخلاف پانکراتیت حاد که در آن میزان آمیلاز و لیپاز در خون افزایش می یابد در پانکراتیت مزمن مقدار این آنزیمها در حالت طبیعی است. در حالت های شدید بیماری به علت هضم نشدن مواد غذایی، مدفوع طی ۳ روز اندازه گیری شده و مقدار چربی آن اندازه گیری می شود. آزمایش تعیین آنزیمهای پانکراس در مدفوع محدود به حالت های شدید بیماری پانکراتیت مزمن است.

تشخیص پانکراتیت مزمن معمولاً با چندین تصویربرداری از پانکراس تائید می شود. یک عکسبرداری با اشعه ایکس تجمع کلسیم در پانکراس را که یک علامت این بیماری است را نشان می دهد. علاوه بر آن انجام سی تی اسکن یا MRI نیز جهت تائید تشخیص لازم است. تصاویر حاصل التهاب یا کوچک شدن پانکراس را نشان می دهند. مجرای پانکراس نیز از نظر تنگ شدن و گرفتگی ارزیابی می شود که MRI مخصوصاً در ارزیابی مجرای پانکراس خیلی مفید است.

ERCP می تواند برای تشخیص موارد غیر طبیعی در مجرای پانکراس استفاده شود. با این حال همان اطلاعات از طریق MRI نیز بدست می آید و خطر کمتری دارد.

۸- پانکراتیت مزمن چگونه درمان می شود ؟

درمان پانکراتیت مزمن چالش برانگیز است. هدف های درمان، بهبود درد، درمان کاهش وزن و سوء تغذیه است. درد حاصل در این بیماری شدید بوده و نیاز به داروهای قوی کاهش درد یعنی مواد مخدر دارد.

در حالت شدید بیماری آنزیمهای پانکراس تجویز می شوند که مؤثر بوده و مشکلات گوارشی را برطرف می کند. اغلب داروهایی برای توقف تولید اسید معده همراه با آنزیمهای فوق تجویز می شود تا از تخریب این آنزیمها در معده جلوگیری شود. وقتی بیش از ۹۰ درصد پانکراس تخریب شود دیابت بوجود می آید در این حالت تزریق های انسولین برای کنترل قند خون ضروری است.

در برخی موارد جراحی و آندوسکوپی در درمان پانکراتیت مزمن نقش دارند. در پانکراتیت مزمن سنگهایی باعث بسته شدن مجرای پانکراس و ایجاد حالت دردناک می شوند و از نوع خاصی از آندوسکوپی بنام ERCP جهت برداشتن سنگ ها از مجرای پانکراس استفاده می کنند.

بیشتر مواقع از یک تکنیکی بنام ESWL (Extracorporeal Shock – Wave Lithotripsy) جهت شکستن سنگها به تکه های کوچک استفاده می شود و سپس به آسانی به وسیله ERCP برداشته می شوند. این تکنیک نخستین بار توسط متخصصین کلیه برای درمان سنگ های کلیه استفاده شد.

اگر اقدامات اولیه یعنی دارو درمانی و پرهیز از مصرف الکل موفقیت آمیز نباشد و علایم از بین نروند ممکن است روش جراحی برای درمان پانکراتیت مزمن انتخاب شود. در همه موارد جراحی گزینه خوبی برای درمان این بیماری نیست. جراحی پانکراس خطر زیادی دارد و باید توسط جراح متخصص بیماری های پانکراس که قبلاً تجربه جراحی پانکراس را داشته است انجام گیرد.

۹- سنگ های کیسه صفرا چگونه تشخیص داده می شوند ؟

سنگ های کیسه صفرا با معاینه اشعه ایکس تشخیص داده می شوند. آزمایش های معمول برای پیدا کردن سنگ های کیسه صفرا سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI است که از بین آنها

سونوگرافی ساده و راحت انجام می شود. پانکراس با سونوگرافی مشاهده می شود با این حال چون امواج سونوگرافی از روده پر از گاز که در بالای پانکراس قرار دارد عبور نمی کند برخی مواقع پانکراس به خوبی دیده نمی شود.

سنگ های کیسه صفرا به خوبی با انجام سی تی اسکن از شکم دیده می شوند و مزیت این روش نسبت به سونوگرافی آن است که همه اندامهای شکمی از جمله پانکراس به خوبی قابل مشاهده هستند. MRI نیز برای تشخیص سنگ های کیسه صفرا بکار می رود. MRI مشابه سی تی اسکن تصاویر دقیقی از شکم فراهم می کند و مزیت آن نسبت به سی تی اسکن آن است که تصاویر مخصوصی بنام MRCP (magnetic resonance cholangiopancreatography) ایجاد می کند که تصاویر دقیقی از کیسه صفرا و مجرای صفرا است و قدرت منحصر به فردی را در تشخیص سنگهای کیسه صفرا دارد و نسبت به سی تی اسکن و سونوگرافی خیلی دقیق است. از MRI در افرادی که دارای پیس میکر هستند و نیز در افرادی که جراحی های مغز انجام داده اند نباید استفاده شود.

هر سه روش سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI نتایج خوبی از تشخیص سنگهای صفرا در کیسه صفرا فراهم می کنند. اگر دکتر علاقمند به مشاهده سنگهای صفرا در کیسه صفرا باشد سونوگرافی روش عالی است و MRI برای تشخیص سنگهای صفرا در مجرای صفرا عالی است.

۱۰- کیسه صفرا چیست ؟

کیسه صفرا اندامی گلابی شکل و سبز رنگ است که در نزدیکی کبد در سمت راست بالای شکم قرار دارد. درازای آن در انسان ۸-۱۴ سانتی متر است. عمل آن ذخیره صفرای تولید شده بوسیله کبد است. کیسه صفرا بعد از غذا خوردن منقبض شده و صفرا را وارد روده می کند. صفرا نقش مهمی در گوارش چربی ها دارد. انسان ها بعد از عمل جراحی و برداشته شدن کیسه صفرا به طور طبیعی به زندگی خود ادامه می دهند.

۱۱- سنگهای صفرا چه ویژگیهایی دارند؟

سنگهای صفرا از نظر اندازه از ذرات ریز شبیه دانه گندم تا به بزرگی دانه های شن به قطر ۶ سانتی متر هستند. بیشتر سنگهای صفرا، سنگهای کلسترولی هستند که هسته اولیه آنها کلسترول است. یک تعداد کم از سنگهای صفرا، سنگهای رنگ دانه ای هستند که ترکیب آنها شامل کلسیم و بیلروبین است. این مواد به طور طبیعی در صفرا یافت می شوند.

در چه کسانی خطر تشکیل سنگها وجود دارد؟ عوامل خطر برای تشکیل سنگهای کلسترولی و رنگدانه ای متفاوت است. خطر تشکیل سنگهای کلسترولی در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان مشابه است. بارداری یک عامل خطر برای تشکیل سنگهاست. در برخی گروه ها از جمله در امریکایی های بومی میزان تشکیل سنگهای صفرا بالا است. خطر تشکیل سنگهای صفرا در امریکایی های افریقایی تبار کمتر از سفیدپوست هاست.

چاقی همراه با تشکیل سنگهای صفرا است. سنگهای صفرا غالباً در افراد مسن دیده می شود چندین دارو همین طور هورمونهای جنسی خطر تشکیل سنگهای صفرا را افزایش می دهند.

عوامل خطر برای تشکیل سنگهای رنگدانه ای متفاوت از سنگهای کلسترولی است. میزان تشکیل این سنگها در امریکا بیش تر از ۲۵ درصد نیست اما درصد بالایی از سنگهای صفرا را در بین امریکایی های آسیایی تبار دارد. عوامل خطر برای سنگهای رنگدانه ای شامل بیماریهای خونی است که در آن سلولهای قرمز خون تخریب می شوند. آزاد شدن بیلروبین باعث ایجاد عدم تعادل در مواد صفرا شده و منجر به تشکیل سنگ می شود. سیروز کبدی می تواند منجر به ایجاد سنگهای رنگدانه ای شود. برخی افراد عفونتهای مزمن در مجرای صفرا دارند که مشخص شده باعث تشکیل سنگهای رنگدانه ای می شوند. این وضعیت در آسیا بیشتر از امریکا شایع است.

اگرچه سنگهای کلسترولی و رنگدانه ای اصطلاح های متفاوتی هستند در هر حال تشکیل هر دوی آنها منجر به بروز مشکلات خیلی مشابه ای می شود.

۱۲- پزشک با سونوگرافی سنگهای صفرا در من پیدا کرده است اما من درد شکمی ندارم. آیا باید نگران باشم؟

سنگهای صفرا در افراد بدون هیچ علامتی پیدا می شوند. برای مثال افراد به علت های دیگر ممکن است معاینه رادیولوژی شکمی بکنند و در آنها وجود سنگهای صفرا تشخیص داده شود. در بیشتر افراد سنگهای صفرا بدون هیچ علامتی به این روش شناسایی می شوند. با این حال در یک تعداد کم از افراد علایم نیز همزمان بوجود می آید. مطالعات نشان می دهد در بین افراد دارای سنگهای صفرا و فاقد علامت از ۵ مورد یک مورد در طول زندگی خود دچار مشکل می شود.

در بیشتر بیماران علامت نخست از مشکل سنگ صفرا درد شکمی بدون شکایت خاص است که معمولاً بعد از برداشته شدن کیسه صفرا مشکل برطرف می شود و علایم بیماری برطرف می شود.

۱۳- سنگهای صفرا چگونه درمان می شوند؟

بهترین درمان برای سنگهای صفرا در کیسه صفرا جراحی است. بعد از برداشته شدن کیسه صفرا بیشتر بیماران در آینده مشکلاتی از نظر سنگهای صفرا نخواهند داشت. مشکلات بعد از برداشته شدن کیسه صفرا به صفر کاهش نمی یابد زیرا سنگها می توانند در مجرای صفرا تشکیل شوند. برخلاف کیسه صفرا، مجرای صفرا برای حیات ضروری است و نباید برداشته شود. عمل جراحی کیسه صفرا نیاز به چند روز بستری در بیمارستان است و یک ماه بعد از عمل باید سرکار رفت این جراحی کولسیستکتومی (cholecystectomy) باز نامیده می شود که در حال حاضر کولسیستکتومی لاپاراسکوپی جایگزین آن شده است و استاندارد هدف برای درمان سنگهای صفرا است.

در این روش جراح بدون آسیب زیاد کیسه صفرا را بر می دارد که معمولاً با استفاده از یک دوربین و ابزار آلات اختصاصی انجام می شود. این روش نیاز به بیهوشی عمومی دارد. از آنجا که در این روش آسیب وارده کمتر است بیمار همان روز یا روز بعد می تواند به خانه برود و بیماران

معمولاً بعد از یک الی دو هفته بعد به سرکار می روند. به خاطر فواید این روش کولسیستکتومی لاپاراسکوپی انتخاب اول پزشک و بیمار است.

۱۴- ERCP چیست؟

ERCP علامت اختصاری برای کولانژیوپانکراتوگرافی رتروگرا د اندوسکوپی **endoscopic retrograde cholangiopancreatography** است.

ERCP یک روش اندوسکوپی برای بررسی و معاینه مجرای صفرا و مجرای پانکراس می باشد. این روش موقعی انجام می گیرد که پزشک به وجود سنگ در مجرای صفرا مشکوک می شود. موقعی که بیماران در بالای شکم درد دارند و همین طور یک بزرگ شدگی در مجرای صفرا بوسیله سی تی اسکن یا سونوگرافی نشان داده می شود و آزمایش خون افزایش در عملکرد کبد را نشان دهد. به احتمال قوی یک سنگ در مجرای صفرا وجود دارد اگر مشکوک به گرفتگی در مجرای صفرا یا التهاب و تومور در آن باشد **ERCP** انجام می شود.

مجرای پانکراس نیز بوسیله **ERCP** معاینه می شود بیشتر بیماران مبتلا به پانکراتیت مزمن دارای سنگهایی در مجرای پانکراس هستند. **ERCP** ممکن است در برداشتن این سنگ ها مفید باشد و در درمان درد در این بیماران نیز موثر خواهد بود.

ERCP غالباً به صورت سرپائی انجام می شود مگر اینکه بیمار در بیمارستان پذیرش گردد. در این روش از ماده بیهوشی استفاده می شود آندوسکوپ انعطاف پذیر از دهان وارد می شود و بعد از عبور از مری و معده به داخل روده می رسد و در آن منفذ موجود در مجرای صفرا و مجرای پانکراس که آمپول و اتر نامیده می شود شناسائی می گردد. سپس جراح یک کاتتر با راهنمایی اشعه ایکس وارد مجرا می کند رنگ نیز به مجرا تزریق می شود و با اشعه ایکس عکسهایی گرفته می شود و اگر وجود سنگ تشخیص داده شود سنگها از مجرا کشیده شده و وارد روده می شوند و سپس از روده این سنگها بدون هیچ مشکلی دفع می شوند و اگر گرفتگی تشخیص داده شود ممکن است یک نمونه بافتی تهیه و سپس مورد آنالیز قرار گیرد. برای رفع گرفتگی یک استنت فلزی یا پلاستیکی در محل گرفتگی قرار داده می شود.

ERCP یک روش تهاجمی است و به صورت روتین در نیامده است و مشکلاتی دارد شکایت اصلی از وجود آمدن پانکراتیت حاد است که در ۱۰-۵ درصد بیماران بوجود می آید و بیشتر مواقع نیاز به بستری در بیمارستان به مدت چند روز است ولی بندرت بیماری شدید شده و یا تهدید کننده زندگی می شود. خونریزی، عفونت و ایجاد منفذ در روده از عوارض کمتر شایع است و بندرت بیماران جهت کنترل مشکلات خود نیاز به انتقال خون و جراحی پیدا می کنند. **ERCP** یک روش اندوسکوپی پیشرفته است که باید توسط یک متخصص با تجربه در این زمینه به نحو مطلوب انجام گیرد.

بخش هشتم

کبد

- ۱- کبد چیست و چه کاری انجام می دهد؟
- ۲- بیماری کبد چقدر شایع است؟
- ۳- اگر بیماری کبد داشته باشید چه چیزهایی باید بدانید؟
- ۴- کدام آزمایشها عملکرد کبد را نشان می دهند؟
- ۵- از کدام روشهای تصویربرداری اشعه ایکس برای کبد استفاده می شود؟
- ۶- بیوسپی کبد چیست؟
- ۷- هپاتیت A چیست؟
- ۸- هپاتیت B چیست؟
- ۹- هپاتیت C چیست؟
- ۱۰- هموکروماتوزیس Hemochromatosis چیست؟
- ۱۱- کبد چرب چیست؟
- ۱۲- آیا انواع دیگری از بیماری کبد وجود دارد؟
- ۱۳- سیروز Cirrhosis چیست؟
- ۱۴- پیوند کبد چیست؟
- ۱۵- آیا داروهای تجویزی با نسخه و یا بدون نسخه می توانند بر کبد اثر کنند؟

۱- کبد چیست و چه کاری انجام می دهد؟

کبد یک اندام حیاتی و شگفت انگیز است. بزرگترین اندام در بدن است که در سمت راست شکم و زیر قفسه سینه جای گرفته است. متوسط وزن هر شخص بین ۱/۴ تا ۲/۳۰۰ کیلو گرم است.

کبد از سرخرگ هپاتیکی و سیاهرگ پورتال خون دریافت می کند. سرخرگ هپاتیکی خون اکسیژن دار را از قلب می آورد و سیاهرگ پورتال خون را از سیستم گوارشی به داخل کبد می آورد. سیاهرگ هپاتیکی خون را از کبد به قلب می برد.

هر فرد از بدو تولد تنها یک کبد دارد بنابراین اندام باید عملکرد خود را به خوبی حفظ کند. کبد تعداد اعمال ضروری که برای زندگی حیاتی هستند انجام می دهد. این اعمال شامل برداشتن مواد سمی و داروها از بدن، ساخت انواع مختلف پروتئین ها، ذخیره انرژی، مبارزه با عفونت ها، ذخیره نگهدارنده های آهن ذخیره مواد معدنی و ویتامین ها و تولید صفرا است.

در اثر فرایند های عمل کبد غذاها، داروها و مواد سمی که وارد بدن می شوند به صورت مواد سالم و قابل استفاده در بدن در می آیند. کبد برخی پروتئین ها را تولید می کند که شامل فاکتور های لخته کننده خون و آلبومین و همچنین یک سری پروتئین های مختلف را که به عنوان انتقال دهنده ها و رسپتور ها در بدن عمل می کنند تولید می کند. کبد گلوکز اضافی را به گلیکوژن تبدیل و ذخیره می کند و موقع نیاز به انرژی گلیکوژن به مولکولهای گلوکز شکسته می شود کبد علاوه بر ذخیره انرژی مواد دیگر شامل آهن، مس و ویتامین B₁₂ را ذخیره می کند.

کبد صفرا را تولید و به داخل روده می فرستد. صفرا جهت فراهم کردن جذب چربی ها که حاوی ویتامینهای محلول در چربی A، D، E و K است ضروری می باشد.

۲- بیماری کبد چقدر شایع است؟

بیماری کبد در امریکا خیلی شایع است و نزدیک به ۲۵ میلیون امریکایی یک مشکل کبدی دارند و در حدود ۲۷ هزار نفر در سال به علت بیماری های مزمن کبدی می میرند. بیماری مزمن کبدی و سیروز هفتمین عامل مرگ و میر در بین گروه های سنی ۲۴-۲۵ ساله و ۶۴-۴۵ ساله است.

بیماری های کبدی شایع در امریکا شامل استئوهپاتیت غیر الکلی (کبد چرب)، هپاتیت A، هپاتیت B، هپاتیت C، تجمع آهن و اختلالات ایمنی در کبد است.

کبد چرب از گذشته به عنوان بیماری معروف کبدی در امریکا می باشد. هپاتیت A مشکل مزمن ایجاد نمی کند و با توزیع واکسن آن از تعداد افراد مبتلا کاسته شده است. هپاتیت B یک معضل عمده سلامتی در جهان است. حدس زده می شود ۳۵۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به هپاتیت B مزمن هستند. هپاتیت C در امریکا خیلی شایع است و سازمان بهداشت جهانی (WHO) اعلام کرده است ۱۷۰ میلیون نفر در دنیا هپاتیت C مزمن دارند. تجمع آهن با هموکروماتوزیس در نواحی خاصی از دنیا شایع است.

۳- اگر بیماری کبد داشته باشید چه چیزهایی باید بدانید؟

بیماری کبد از طریق وضعیت های مختلف شناسایی می گردد. ابتدا باید مشخص شود که فرد هپاتیت حاد دارد یا هپاتیت مزمن. بیماری هپاتیت حاد شیوع کمتری دارد و به راحتی قابل مشاهده نیست. در بیماران بدون سابقه مشکلات کبدی زردی، سیاه شدن ادرار، مدفوع بی رنگ، کاهش اشتها و معمولاً خستگی بوجود می آید. بیشتر بیماران به طور کامل بهبود می یابند اگرچه تعدادی از بیماران وارد مرحله هپاتیت مزمن می شوند و در تعداد خیلی کمی شدت بیماری زیاد شده و باعث ناتوانی کبد می شود که در این صورت نیاز به جایگزینی کبد است. علت های خیلی شایع هپاتیت حاد ویروس هایی مانند هپاتیت A و هپاتیت B، داروهایی مانند استامینوفن و کاهش جریان خون کبدی است.

بیشتر افرادی که بیماری کبدی آنها تشخیص داده می شود دارای مشکل مزمن می باشند که از چند سال قبل وجود داشته است. بیماران دارای بیماری کبدی قبل و بعد از بروز علائم ممکن است تشخیص داده شوند. بیماران فاقد علامت به صورت تصادفی یا غربالگری شناسایی می شوند.

بیماران دارای علائم با توجه به شکایت هایی که دارند براحتی توسط دکتر شناسایی می شوند. علائم سیروز اولیه شامل خستگی، کاهش اشتها، تهوع، لکه های پوستی، کبودی و خونریزی است و علائم سیروز پیشرفته شامل زردی، باد کردن شکم، تورم پا، گیجی و خونریزی داخلی است.

۴- کدام آزمایشها عملکرد کبد را نشان می دهند؟

آزمایشهای عملکرد کبد، آزمایشهای خون است که جهت غربالگری بیماری کبدی و معاینه بیمارانی که بیماری کبدی آنها ناشناخته است استفاده می شود. آزمایشهای خون مختلفی جهت ارزیابی کبد وجود دارد که شامل آزمایشهای آنالیز التهاب کبد و آزمایشهای آنالیز عملکرد کبد می باشند.

پزشک ها معمولاً دستور یک گروه آزمایشهای استاندارد را که پانل کبد نامیده می شوند را می دهند که شامل آمینوترانسفراز آسپاراتات (AST) **aspartat aminotransferase** آلانین آمینوترانسفراز (ALT) **alanine aminotransferase**، بیلی روبین **bilirubin**، آلکالین فسفاتاز **alkaline phosphatase** و آلبومین **albumin**.

میزان آمینوترانسفراز نشان دهنده مقدار التهاب کبد است و آلبومین و بیلروبین نشان دهنده عملکرد کبد می باشند. سطح آلکالین فسفاتاز در برخی وضعیت های کبدی افزایش می یابد اما مخصوصاً به هنگام بسته شدن مجرای صفرا بسته می شود.

آزمایشهای عملکرد کبد کامل و بی نقص نیستند. برای مثال در یک فرد ممکن است سطح آمینوترانسفراز طبیعی باشد ولی با این حال در کبد التهاب داشته باشد. به طور مشابه یک بیمار می تواند میزان آلبومین و بیلروبین طبیعی داشته باشد ولی در عین حال آسیبی در کبد داشته باشد. به خاطر عدم اعتماد به این آزمایشها پزشک درخواست یک نمونه برداری بافتی می کند تا به طور دقیق التهاب و آسیب کبد مورد بررسی قرار گیرد.

سطوح آمینوترانسفراز **AST** و **ALT** برای ارزیابی آسیب مستقیم وارده به سلولهای کبدی مورد استفاده قرار می گیرد. سطوح این آنزیمها معمولاً برای غربالگری افراد از نظر بیماری کبدی استفاده می شوند. این آزمایشها کامل نمی باشند و دکتر سایر تغییرات را نیز مورد بررسی قرار می دهد. برخی بیماری های کبدی شناخته شده وجود دارند که با وجود پیشرفت روند بیماری سطوح **ALT** و **AST** در آنها طبیعی است.

کبد آلبومین تولید می کند که پروتئین عمده خون است. کمبود مقدار پروتئین آلبومین همراه با مشکلاتی در تعادل آب و تجمع مایع آزاد در شکم است که به این حالت آسیت **ascite** می گویند. در اختلالات عملکردی کبد سطح آلبومین پائین می آید از این رو بیشتر پزشک ها سطوح آلبومین را با بیماری کبدی بیماران مرتبط می دانند.

کبد به تجزیه گلبولهای قرمز پیر و ایجاد بیلروبین کمک می کند و در نهایت بیلروبین وارد مجرای صفرا می شود. در بیماری کبدی سطح بیلروبین افزایش می یابد زیرا کبد قادر به انجام فرایند تجزیه گلبولهای قرمز پیر نیست. چون سطح بیلروبین افزایش یافته است پوست و چشم های فرد زرد می گردد. این حالت زردی نامیده می شود و یک علامت ضعیف برای نشان دادن عملکرد کبد است. گرفتگی مجرای صفرا، اختلالات خونی و حتی یک وضعیت وراثتی خوش خیم بنام سندرم گیلبرت **Gilberts Syndrome** و برخی موارد دیگر وجود دارد که ممکن است در فرد سطح بیلروبین بالا باشد.

آلکالین فسفاتاز یک آنزیمی است که بیشتر در استخوان و کبد و بخصوص در سلولهایی که در مسیر مجراهای صفراوی کبد قرار دارند یافت می شوند. مجاری صفرا باعث خارج شدن مواد از کبد می شوند از این رو هر عاملی که باعث بسته شدن مجاری صفرا می شود منجر به افزایش سطح آلکالین فسفاتاز می گردد این عوامل شامل سنگ های صفرا در مجراهای صفرا، بسته شدن مجرای صفرا و بیماری کبدی که به مجاری صفرا آسیب می رسانند.

افزایش سطح عملکرد کبد در سایر وضعیت های بیماری زانیز مشاهده می شود زیرا آنزیمهای اندازه گیری شده در این آزمایشها در سایر قسمتهای بدن علاوه بر کبد وجود دارد. برای مثال آلکالین فسفاتاز در استخوان و جفت یافت می شود و در بیماری استخوان و بارداری افزایش می یابد. همین طور **AST** در برخی قسمتهای بدن مانند ماهیچه وجود دارد و مقدار آن بهنگام آسیب ماهیچه مانند حمله قلبی افزایش می یابد. از این رو در چنین وضعیت هایی باید دقت کافی در تشخیص انجام گیرد.

۵- از کدام روشهای تصویربرداری اشعه ایکس برای کبد استفاده می شود ؟

آزمایشهای کبد اطلاعات مفیدی را درباره کبد فراهم می کند اما محدودیت هایی برای آن وجود دارد که اشاره شد. برای فراهم کردن اطلاعات کافی درباره یک وضعیت بیماری زایی پزشک ها دستور آزمایشهای رادیولوژی را می دهند که کبد و سایر اندام های شکمی شامل کیسه صفرا، کلیه ها، طحال، پانکراس و رگهای خونی را مورد بررسی و ارزیابی قرار می دهند. معروفترین تصویربرداری از کبد سونوگرافی است و اگر سونوگرافی موارد غیر طبیعی را نشان دهد عکسبرداری **CT** و **MRI** انجام می شود.

سونوگرافی اطلاعات زیادی را درباره کبد و شدت بیماری کبدی بیمار ارائه می دهد. وقتی در یک بیمار سیروز پیشرفت می کند اندازه و ساختار کبد و طحال تغییر پیدا می کند. بیمارانی که تجربه نقص کبدی داشته اند آب در شکم آنها جمع می شود (آسیت). در بیماران دارای سیروز خطر ایجاد سرطان کبدی وجود دارد و سونوگرافی می تواند در تشخیص آن کمک کند با این حال سونوگرافی کافی نیست و از سایر روشهای تشخیص نیز باید استفاده کرد.

اسکن های **CT** و **MRI** تصاویر دقیق با جزئیات بیشتر از کبد و سایر اندامهای داخلی می دهند. این آزمایشها وقتی که در بررسی و آزمایش اولیه مورد غیر طبیعی مشاهده شود انجام می گردد.

سی تی اسکن (**CTscan**) چندین سال است که مورد استفاده قرار می گیرد و اغلب بیمارستان ها از آن استفاده می کنند. در این روش یک ماده کنتراست مخصوص از طریق ورید به بیمار تزریق و سپس سی تی اسکن انجام می شود این ماده به تمایز رگهای خونی و تشخیص سلولهای کبدی از تومورهای کبدی خوش خیم کمک می کند. در درصد کمی از بیماران این ماده ممکن است واکنش حساسیت زایی ایجاد کند. ماده کنتراست غالباً برای بیماران کلیوی خطرناک است و نباید در آنها استفاده شود. در جریان سی تی اسکن بیماران در معرض اشعه ایکس قرار می گیرند ولی مقدار اشعه نسبتاً کم است. در اسکن های **MRI** از امواج رادیویی و مواد مغناطیسی قوی بجای اشعه ایکس جهت ایجاد تصاویر از بدن استفاده می شود. امواج رادیویی بوسیله بافتهای بدن جذب می شوند و سپس در الگوهای مخصوصی آزاد می شوند که از آنها برای خلق تصاویر دقیق و جزئی

از بدن استفاده می گردد. یک ماده کنتراست بهنگام معاینه کبد اغلب استفاده می گردد. اسکن های MRI در پیدا کردن سرطان های کبد اندکی بهتر از سی تی اسکن است. با این حال اسکن ها MRI یک تکنولوژی جدید است و برخی بیمارستان ها تجربه کافی در استفاده از آن را ندارند. همین طور اسکن MRI سخت تر و ناراحت کننده تر از سی تی اسکن برای بیمار است. استفاده از هر یک از آنها بستگی به وضعیت بیمار و تصمیم پزشک دارد و برخی مواقع از هر دو روش برای معاینه بیمار استفاده می شود.

۶- بیوپسی کبد چیست ؟

ارزیابی آزمایش های خون و نتایج رادیولوژی اطلاعات زیادی را فراهم می کند اما نگاه کردن واقعی به بافت کبدی اغلب مفید است و برای تصمیم گیری نحوه درمان ضروری است. در بیوپسی تکه کوچکی از بافت کبد برداشته شده و توسط یک پاتولوژیست در زیر میکروسکوپ بررسی می گردد. بیوپسی کبد اطلاعات مفیدی در مورد علت و شدت بیماری کبدی ارائه می دهد. برای مثال اگر یک بیمار آزمایشهای کبدی غیر طبیعی داشته باشد و تشخیص بیماری بعد از آزمایشهای اولیه مبهم باشد یک بیوپسی کبد به تشخیص کمک می کند. بیوپسی کبد در شناسایی علت های مختل کننده عملکرد کبد نظیر یک واکنش دارویی، هپاتیت خود ایمنی، استفاده از الکل یا سرطان کمک می کند.

قبل از انجام بیوپسی آزمایشهای خون از بیمار گرفته می شود. بعلاوه بیمار ۷ روز قبل از انجام بیوپسی آسپرین و ترکیبات مشابه مانند ایبوپروفن نباید مصرف کند.

بیشترین شکایت بیمار بعد از بیوپسی وجود درد در سمت راست فوقانی شکم است که بعد از ۲ ساعت گاهاً بدون دارو نیز بر طرف می گردد و عوارض غیر شایع شامل خونریزی، عفونت و حساسیت دارویی است.

۷- هیپاتیت A چیست ؟

هیپاتیت A یک عفونت ویروسی است که هیپاتیت (التهاب در کبد) را بوجود می آورد. هیپاتیت A از طریق مسیر (دهانی - مدفوعی) انتقال می یابد. عوامل عفونی از طریق آب و غذای آلوده وارد بدن می شوند و این ارگانسم ها در سیستم گوارشی تکثیر می یابند.

عفونت هیپاتیت A می تواند فاقد علائم باشد و یا علائم مشابه با عفونت با یک ویروس غیر اختصاصی باشد ولی گاهی تصویری از یک هیپاتیت قابل مشاهده را می دهد. علائم شامل زردی، خستگی، درد شکمی، کاهش اشتها، تهوع، اسهال و تب است به طور معمول علائم در بزرگسالان خیلی شایع تر از کودکان است. همه بیماران مبتلا بهبودی کامل خود را بدست می آورند.

هیپاتیت A هرگز منجر به هیپاتیت مزمن نمی شود و اگر فرد یکبار در معرض ویروس هیپاتیت A قرار گیرد ایمنی کامل در او بوجود می آید و دیگر به هیپاتیت A مبتلا نخواهد شد.

درمان هیپاتیت A حاد شامل استراحت، استفاده از مایعات و تغذیه خوب و کافی است. بستری شدن در بیمارستان بندرت لازم است. در برخی گروه های مردمی خطر ابتلا به هیپاتیت A بیشتر است که شامل افرادی هستند که با اشخاص آلوده زندگی می کنند و یا با آنها رابطه جنسی برقرار می کنند.

افرادی که در مناطق شایع از نظر هیپاتیت A زندگی می کنند و یا به آن مناطق مسافرت می کنند، مردانی که با هم دیگر رابطه جنسی دارند و مصرف کنندگان دارو.

واکسن ضد هیپاتیت A در دسترس است و یک محافظت طولانی مدت (غالباً تا آخر عمر) ایجاد می کند. واکسیناسیون برای افرادی که خطر ابتلا به هیپاتیت A در آنها زیاد است انجام می شود.

۸- هیپاتیت B چیست ؟

هیپاتیت B یک عفونت ویروسی است که منجر به هیپاتیت حاد و مزمن می شود عامل بیماری از طریق خون و مایعات بدن انتقال می یابد. معروف ترین راههای ابتلا به بیماری از طریق تماس جنسی استفاده از داروهای داخل وریدی و از مادر به نوزاد است. در حدود یک سوم مردم دنیا در معرض

هپاتیت **B** قرار دارند. در تعدادی از آنها هپاتیت مزمن بوجود نمی آید اما در حدود ۴۰۰-۳۵۰ میلیون نفر مبتلا به هپاتیت مزمن هستند و در حدود یک میلیون نفر در سال به علت این بیماری می میرند. در امریکا هپاتیت **B** همه گیر و شایع نیست و کمتر از ۲ درصد مردم در معرض ویروس قرار می گیرند یا عفونی می شوند و اغلب موارد ابتلا مربوط به بزرگسالان است. افرادی که در نوزادی مبتلا می شوند هپاتیت **A** در آنها بوجود نمی آید بجای آن معمولاً هپاتیت مزمن ایجاد می شود.

عفونت مزمن در ۹۰ درصد افرادی که در هنگام زایمان مبتلا شده اند و در ۳۰ درصد بچه هایی که بین ۵-۱ سالگی مبتلا شده اند بوجود می آید. افرادی که در بزرگسالی به هپاتیت **B** مبتلا می شوند معمولاً به طور کامل بهبود می یابند و بندرت هپاتیت مزمن در آنها بوجود می آید.

عوارض ناشی از هپاتیت **B** مزمن شامل سیروز، ناتوانی کبد و سرطان کبد است. درمان هپاتیت **B** حاد مشابه هپاتیت **A** است. درمان هپاتیت **B** مزمن شامل استفاده از اینترفرون **interferon** و آنالوگ های نوکلئوزید / نوکلئوتید است که در همانندسازی ویروس تداخل می کنند.

واکسن هپاتیت **B** در دسترس است و در ۹۰ درصد مردمی که واکسن را دریافت می کنند مؤثر است. اخیراً استفاده از واکسن جهانی شده است و همه بچه ها بعد از تولد واکسینه می شوند و این عمل به طور شگفت انگیز موارد جدید هپاتیت **B** را کاهش داده است. به خصوص در مناطقی که عفونت در آنها شایع بود و از مادر به نوزاد منتقل می شد.

۹- هپاتیت **C** چیست ؟

هپاتیت **C** یک عفونت ویروسی است که می تواند موجب آسیب و التهاب کبد شود. هپاتیت **C** به ندرت هپاتیت حاد ایجاد می کند. تشخیص بیماری با انجام آزمایشهای عملکرد غیر طبیعی کبد انجام می گیرد. در افراد مبتلا به هپاتیت **C** ممکن است با پیشرفت بیماری سیروز، ناتوانی کبد و سرطان بوجود آید با این حال در هر فرد مبتلا این موارد ایجاد نمی شود. این ویروس می تواند بر سایر قسمت های بدن مانند کلیه و اعصاب اثر کند اگرچه این موارد غیر شایع است.

هپاتیت C از طریق خون و مایعات بدن انتقال می یابد و راههای انتقال آن مشابه هپاتیت B است. امروزه به علت پاکسازی خون و فرآورده های خونی از ویروس موارد جدید هپاتیت C به طور معنی دار کاهش پیدا کرده است. حدس زده می شود ۱۷۰ میلیون نفر در جهان به این ویروس آلوده باشند و در امریکا ۴ میلیون نفر آزمایش آنتی بادی مثبت دارند. بیشتر این افراد هپاتیت C مزمن دارند و خطر ایجاد سیروز و متعاقب آن ناتوانی کبد و سرطان وجود دارد. این روند تنها در ۲۰ درصد از بیماران دارای عفونت مزمن اتفاق می افتد. در افرادی که مقدار زیادی الکل مصرف می کنند این خطر بیشتر است.

یکی از سؤالات مهم بیماران مبتلا به هپاتیت C آن است که آیا درمان برای آنها ضروری و مفید است. در این مورد تصمیم اورژانسی گرفته نمی شود بلکه باید با دقت و بررسی جوانب مسئله تصمیم گرفت چرا که هپاتیت C در طی سالها و دهه ها پیشرفت می کند. تعدادی از بیماران حاضرند تا یک تصمیم مؤثر برای آنها بعد از مشاوره با یک هپاتولوژیست گرفته شود. بیشتر بیماران با این حال سر در گم هستند و زمان را می گذرانند تا اینکه درمان های مفیدتری عرضه شود. عوامل مختلف بر این تصمیم گیری مشکل مؤثرند. یکی از آنها این است که در بیشتر افراد دارای هپاتیت C بیماری به طرف سیروز پیشرفت نمی کند و هرگز بیماری کبدی قابل مشاهده در آنها بوجود نمی آید. ولی متأسفانه راهی برای پیش بینی اینکه بیماری در کدام افراد پیشرفت می کند و یا اینکه در چه زمانی این فرآیند اتفاق می افتد وجود ندارد. علت دیگر آن است که روشهای درمانی حاضر دارای محدودیت هایی می باشند.

درمان با اینترفرون و ریبواویرین **ribavirin** با توجه عوارض جانبی ناخواسته آنها در حال حاضر در دسترس می باشد. امید است در چند سال آینده درمان های مؤثر و جدیدی بوجود آید.

۱۰- هموکروماتوزیس Hemochromatosis چیست ؟

هموکروماتوزیس یک بیماری است که به تجمع غیر طبیعی آهن در اندامهای بدن شامل کبد، پانکراس، مفاصل و قلب گفته می شود. هموکروماتوزیس علت های ژنتیکی و غیر ژنتیکی دارد. هموکروماتوزیس ژنتیکی به علت جهش در یک ژن خاص است و بیش از یک میلیون امریکایی

حامل ژن جهش یافته هستند. در تعدادی از افراد ناقل و نه در همه آنها تجمع آهن اتفاق می افتد. سایر علت های تجمع آهن اختلالات خونی، دریافت مداوم خون، بیش از حد بودن آهن در غذا و وجود یک نوع هپاتیت مزمن (برای مثال هپاتیت B یا C) می باشد.

این اختلال می تواند منجر به سیروز، دیابت، ایجاد رنگدانه غیر طبیعی در پوست، آرتریت و ناراحتی های قلبی شود. بیماران معمولاً تا سن ۴۰ سالگی فاقد علائم هستند چراکه در طی چندین سال آهن تجمع می یابد تا اینکه به مرحله آسیب رسانی برسد. علائم اولیه شامل خستگی، ضعف، کاهش وزن، ناراحتی شکمی و دردهای مفصلی است و علائم بعدی شامل سیروز، ناتوانی کبد و سرطان است.

تشخیص این اختلال از طریق آزمایش های خون استاندارد، مطالعات ژنتیکی و یا بیوپسی صورت می گیرد. بیماران فاقد علائم از طریق سابقه خانوادگی و یا از طریق آزمایش های خون که افزایش در آنزیم های کبدی را نشان می دهند تشخیص داده می شوند.

هموکروماتوزیس بوسیله حجامت درمان می شود. حجامت باعث برداشت مقدار زیادی آهن از بدن می شود زیرا خون حاوی مقادیر زیادی آهن است. بیشتر افراد یک یا دو جلسه حجامت در هفته به مدت یک سال انجام می دهند تا آهن اضافی برداشته شود. آزمایش های خون برای تعیین سلول های خون و سطح آهن بین فواصل درمان انجام می شود و وقتی مقدار آهن به میزان طبیعی برسد هر دو یا چهار ماه یک بار حجامت انجام می گیرد. آزمایش های خون هر یک یا دو بار در سال انجام می گیرد تا تعداد دفعات حجامت به طور دقیق مشخص شود.

۱۱- کبد چرب چیست ؟

کبد چرب به وضعیتی گفته می شود که در آن چربی در کبد انباشته می شود. در اصطلاح پزشکی به این حالت بیماری کبد چرب غیرالکلی **nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD)** می گویند و بر اساس التهاب و آسیب وارده به کبد به دو زیرگونه تقسیم می گردد و جهت تشخیص بین آنها انجام بیوپسی از کبد لازم است که مشخص می کند آیا فقط چربی است یا اینکه آسیب و التهاب نیز در کبد وجود دارد. استئوهپاتیت غیرالکلی **Nonalcoholic**

Steatohepatitis (NASH) به حالتی گفته می شود که در آن کبد چرب همراه با التهاب و آسیب کبد است. در بیماران مبتلا به **NASH** خطر ایجاد سیروز کبد وجود دارد در حالیکه در بیماران دارای کبد چرب خوش خیم این خطر وجود ندارد. خوشبختانه بیشتر بیماران مبتلا به **NAFLD** کبد چرب خوش خیم دارند.

تعداد بیماران مبتلا به کبد چرب (**NAFLD**) در امریکا به طور شگفت انگیزی در دهه اخیر افزایش یافته است. این افزایش احتمالاً به علت افزایش متوسط وزن افراد در این کشور است. چاقی می تواند منجر به کبد چرب شود و دیابت و کلسترول بالا از عوامل خطر برای کبد چرب می باشند. با این حال برخی بیماران مبتلا به **NASH** چاق نیستند و دیابت و کلسترول بالا ندارند.

کبد چرب هنگامی که بیماران آزمایشهای عملکرد غیر طبیعی کبد را به صورت عادی انجام می دهند تشخیص داده می شود. سونوگرافی اغلب انجام می شود و می تواند تغییرات **suggestive** چربی را نشان دهد. تنها راه تشخیص و تمایز بین کبد چرب خوش خیم از **NASH** انجام بیوپسی کبد است. (توضیح بیوپسی در سوال ۹۱) بیوپسی کبد همیشه لازم نیست. یک بیوپسی زمانی ضرورت پیدا می کند تشخیص خیلی مبهم باشد و یا اینکه آسیب کبد در مرحله پیشرفته باشد.

پزشک از بیمار می خواهد در درمان علت های بوجود آورنده کبد چرب (وزن زیاد بدن، دیابت و کلسترول بالا) اقدام کند و متعاقب این اقدامات آزمایشهای خون انجام دهد.

مشابه برخی بیماری های کبدی بیشتر افراد دارای کبد چرب فاقد علائم هستند تا اینکه سیروز ایجاد می شود. بیماران دارای **NASH** یک پیشرفت آهسته در آسیب کبد در طی چندین سال و حتی چند دهه دارند تا اینکه سیروز ایجاد می شود.

درمان اختصاصی برای کبد چرب یا **NASH** وجود ندارد. اقدامات مؤثر در حال حاضر کاهش وزن در افراد چاق، تعادل در رژیم غذایی و داشتن رژیم غذایی سالم، فعالیت ورزشی مناسب، پرهیز از مصرف الکل، درمان با داروهای تجویزی و تحت درمان قرار دادن دیابت و کلسترول بالا در افرادی که مبتلا هستند.

دو گروه دارویی در بیماران مبتلا به NASH استفاده می شود که شامل داروهای ضد اکسیداسیون و داروهای ضد دیابت هستند. ضد اکسیدانها نظیر ویتامین E، سلنیوم و betaine است که به کاهش اکسیدهای آسیب رسان به سلولهای کبدی کمک می کنند. داروهای ضد دیابت جدید نظیر مت فورمین metformin و پیوگلیتازون pioglitazone بدن را نسبت به انسولین خیلی حساس می کنند و به کاهش مقاومت به انسولین که در این بیماری دیده می شود کمک می کند. در موارد شدید بیماری جایگزینی کبد ضرورت پیدا می کند.

۱۲- آیا انواع دیگری از بیماری کبد وجود دارد ؟

انواع دیگری از بیماری کبدی وجود دارد که در اینجا انواع نسبتاً شایع آنها به طور خلاصه بیان می شود که شامل هپاتیت خودایمنی، سیروز صفراوی اولیه و کولانژیت اسکالروزی است.

هپاتیت خودایمنی یک نوع هپاتیت است که در آن سیستم ایمنی بدن ناخواسته به سلولهای کبدی حمله می کند. بیماری های خودایمنی باعث می شوند که سیستم ایمنی شروع به حمله به سلولهای خود بدن بکند و در صورت درمان نشدن در طی چندین سال هپاتیت خودایمنی می تواند منجر به سیروز شود. هپاتیت خودایمنی غالباً در خانم ها دیده می شود (۷۰ درصد). بیماران اغلب اختلالات خودایمنی دیگر مانند دیابت نوع یک، گلوومرولونفریت (یک نوع بیماری کلیوی)، بیماری تیروئیدی،؟ خودایمنی و کولیت های اولسراتیو را دارند.

بیماران مبتلا به هپاتیت خودایمنی دارای علائم هستند یا اینکه به صورت تصادفی بهنگام انجام آزمایشهای تعیین عملکرد غیر طبیعی کبد یافت می شوند. علائم بستگی به این دارد بیماری بهنگام تشخیص در چه مرحله ای قرار دارد و اینکه آیا سیروز ایجاد شده است یا نه. علائم غیر اختصاصی شامل خستگی، اضطراب، زردی، ادرار سیاه رنگ و مدفوع برنگ روشن است.

تشخیص هپاتیت خودایمنی نسبتاً سخت است چراکه علامت مشخص و قابل اطمینانی در آزمایش خون همانند آنچه در هپاتیت B و C است وجود ندارد. از بیمار آزمایش آنتی بادی مخصوص گرفته می شود و ممکن است لازم باشد جهت تشخیص نهایی بیوپسی کبد نیز انجام شود. درمان شامل توقف یا کاهش فعالیت سیستم ایمنی است. در شروع معمولاً از کورتیکواستروئیدها

استفاده می شود که سریع عمل می کنند و خیلی مؤثرند. به بیمارانی که لازم است درمان طولانی مدت داشته باشند اغلب داروی دیگری بنام آزاتیوپرین **Azathioprine** تجویز می گردد. اقدامات درمانی بر اساس ویژگی های هر فرد متفاوت است.

سیروز صفراوی اولیه (**PBC**) یک بیماری است که به مجاری صفراوی کوچک کبد حمله می کند و به آهستگی آنها را تخریب می کند. علت دقیق بیماری مشخص نیست اما این بیماری ممکن است یک اختلال خودایمنی باشد. تخریب مجاری صفرا سرانجام بعد از چندین سال منجر به سیروز کبدی می شود. **PBC** غالباً زنها را در بین سالهای ۶۰-۳۰ زندگی گرفتار می کند. این بیماری اغلب به صورت تصادفی بهنگام انجام آزمایشهای کبد مشخص می گردد. مهمترین عامل غیر طبیعی افزایش در مقدار آلکالین فسفاتاز است علایم شایع آن بهنگام تشخیص خستگی و خارش پوست است.

افرادی که در آنها بیماری خیلی پیشرفت کرده باشد علایم و نشانه های سیروز را نشان می دهند. بیماران غالباً مشکلات دیگری شامل استئوپروز، آرتريت و بیماری تیروئید خواهند داشت. تشخیص معمولاً بر اساس آزمایشهای خونی و بیوپسی کبد است. یک آزمایش خون بنام آنتی بادی آنتی میتوکندریال در بیشتر بیماران دارای **PBC** مثبت است. عمده ترین درمان دارویی استفاده از یک دارویی بنام ارسودئوکسی کولیک اسید **ursodeoxycholic acid** است که یک اسید صفراوی است که جریان صفرا را افزایش می دهد. استفاده از ویتامین ها برای درمان و غربالگری بیماران از نظر استئوپروز از مهمترین بخشهای درمان است. ارسودئوکسی کولیک اسید **PBC** را معالجه نمی کند اما پیشرفت بیماری را خیلی آهسته می کند. کولانژیت اسکروزوی اولیه (**PSC**) مرتبط با بیماری **PBC** است که مجاری صفرا مورد حمله قرار می گیرد. اما در این بیماری مجاری صفراوی بزرگ گرفتار می شوند عمده ترین مشکلات **PSC** شامل گرفتگی مجرای صفرا، سرطان مجرای صفرا و سیروز است. **PSC** اغلب در بیماران دارای کولیت اولسراتیو یافت می شود. بیشتر بیماران مرد هستند که در محدوده سنی ۶۰-۳۰ سالگی قرار دارند. علت دقیق بیماری معلوم نیست و بر اساس تئوری های موجود انواع مختلف عفونت ها و یا عملکرد نادرست سیستم ایمنی باعث بیماری می شود. تشخیص بیماری با استفاده از آزمایشهای خون و غربالگری بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو

و بررسی علائم مربوط به گرفتگی مجرای صفرا یا سیروز صورت می گیرد. برای تأیید تشخیص با کمک MRI از مجرای صفرا عکس گرفته می شود. در بیماران با استفاده از اندوسکوپی مجرای صفرا گشاد شده و استنت قرار می دهند تا گرفتگی برطرف شود گاهی ممکن است به جراحی نیز نیاز داشته باشد. سایر موارد غیر قابل درمان کبد از طریق جایگزینی کبد انجام می شود.

۱۳- سیروز Cirrhosis چیست ؟

کبد اندام بزرگی در بدن است و عملکرد صحیح آن برای ادامه حیات ضروری است. سیروز یک وضعیت پاتولوژیک است که در آن بافت کبد طبیعی با بافت فیروزی غیر طبیعی جایگزین می گردد و این روند کبد را از عملکرد طبیعی خود بازمی دارد و جریان خون در کبد را مشکل می کند. ناتوانی کبد مشکلاتی را در سر تا سر بدن بوجود می آورد. تعدادی بیماری های مزمن کبدی مختلف در نهایت منجر به سیروز می شوند. سیروز در امریکا سالانه باعث مرگ ۲۵ هزار نفر می شود و دوازدهمین علت مرگ و میر در بین مردم است. مهمترین عامل ایجاد سیروز در امریکا زیادی مصرف الکل است. سیروز الکلی اغلب در افرادی که مصرف زیاد ۴ بار در روز به مدت بیش از ده سال داشته اند بوجود می آید و تقریباً در ۱۵-۱۰ درصد از این افراد سیروز بوجود می آید. هپاتیت C دومین عامل بروز سیروز در امریکاست و بیشتر از ۲۰ درصد افراد مبتلا به هپاتیت C در سنین ۴۰-۲۰ سالگی به سیروز مبتلا می شوند. در افراد مبتلا به هپاتیت C که الکل زیادی مصرف می کنند خطر ایجاد سیروز خیلی بالاست.

هپاتیت B و D دیگر بیماری های ویروسی مزمن هستند که می توانند باعث ایجاد و پیشرفت سیروز شوند. در حقیقت هپاتیت B مهمترین عامل سیروز در جهان است. هپاتیت خودایمنی و چندین بیماری کبدی غیر وراثتی می توانند موجب سیروز شوند. این بیماری ها شامل کمبود آنتی تریسپین - ۱- آلفا $\alpha - 1$ antitrypsin، بیماری ویلسون **Wilson's disease** و اختلالات ذخیره گلیکوژن است در نهایت بیماری های مزمن مجاری صفرا، داروها یا سم ها و کبد چرب می توانند باعث پیشرفت سیروز شوند.

از آنجا که کبد با تعدادی از اندام های بدن تداخل دارد ناتوانی آن از راههای مختلف بر بدن اثر می کند. افزایش فشار در کبد و سختی جریان خون در داخل این اندام منجر به وضعیتی می شود که تحت عنوان هیپرتانسیون باب (افزایش فشار خون در سیاهرگ باب کبد) نامیده می شود و هیپرتانسیون باب به نوبه خود باعث ایجاد واریس، هموروئید، بزرگ شدن طحال و کاهش تعداد پلاکت ها می شود. کاهش عملکرد کبد موجب ایجاد آسیت (جمع شدن مایع در صفاق شکمی) می شود. در بیماران سیروزی خطر ایجاد سرطان کبدی نیز بالاست.

در یک بیمار مبتلا به سیروز اگر مشکلات عمده بوجود نیاید و کبد همچنان به خوبی عملکرد خود را انجام دهد گفته می شود سیروز جبران شده (**compensated cirrhosis**) است. تعدادی از افراد با این ویژگی به طور طبیعی زندگی می کنند و سالی دو بار به پزشک خود مراجعه می کنند و با انجام آزمایشهای خون و سونوگرافی معاینه می شوند تا اینکه مطمئن شوند تغییراتی ایجاد نشده است.

۱۴- پیوند کبد چیست ؟

پیوند کبد یک روش جراحی بزرگ است که در آن یک کبد بیمار برداشته می شود و یک کبد سالم به جای آن قرار می گیرد. اولین جایگزینی و پیوند کبد که با موفقیت انجام گرفت در سال ۱۹۶۷ بود. تکنیک های پیوند در طی سالیان به طور قابل توجهی بهبود پیدا کرده است. در سال ۲۰۰۵ بیشتر از ۶ هزار پیوند کبد در امریکا انجام گرفت.

فرد دارای بیماری کبدی مزمن کبد او کاملاً ناتوان شده یا اینکه سرطان کبد در او توسعه پیدا کرده برای پیوند کبد انتخاب می شود و به عبارت دیگر بیماری انتخاب می شود که زنده ماندن بیمار بدون پیوند کبد امکان پذیر نیست. دلایل دیگر برای جراحی نواقص مادرزادی در کودکان و بیماری های وراثتی است که در آن کبد قادر به تولید مناسب و صحیح پروتئین نیست و برخی مواقع تومورهای خوش خیم رشد کرده و اندازه آنها بزرگ می شود و زندگی فرد را تهدید می کنند.

مراکز پیوند مدت زیادی اغلب چندین ماه بیماران را مورد ارزیابی قرار می دهند. در این پروسه ارزیابی، آزمایشهای مختلف از بیماری کبدی و سلامتی عمومی بیمار به عمل می آید و بیماران

اغلب با اعضای تیم جراحی آشنا می شوند و زمانی که یک فرد برای پیوند پذیرفته می شود اسم وی در لیست بیماران نیازمند پیوند کبد که بر اساس شدت بیماری تنظیم شده است قرار می گیرد. متأسفانه برخی مواقع بیمار ممکن است تا رسیدن نوبت وی برای پیوند کبد زنده نماند.

۱۵- آیا داروهای تجویزی با نسخه و یا بدون نسخه می توانند بر کبد اثر کنند ؟

کبد در فرآیند عمل اغلب داروها درگیر است و فرد مبتلا به بیماری کبدی باید دقت کافی را در مصرف داروهای جدید تجویزی با نسخه و حتی داروهای بدون نسخه داشته باشد. بیماران بدون سیروز غالباً (نه همه آنها) در مصرف داروها ممکن است مشکلی نداشته باشند.

بیماران دارای سیروز دقت کافی و مخصوصاً را در مصرف داروها باید داشته باشند. برخی داروهای معمول و مهم مانند استامینوفن و ایبوپروفن برای بیماران دارای سیروز می توانند خیلی مضر باشند و بیمار قبل از مصرف داروها باید آنها را با پزشک خود مورد بررسی قرار دهد.

داروها اغلب یک علت عمده در آسیب و جراحی به کبد محسوب می شوند. بیش از ۹۰۰ دارو، سم و گیاه گزارش شده است که موجب آسیب و بیماری کبد می شوند. نارسایی برق آسای کبد **Fulminant hepatic failure (FHF)** اصطلاحی است که برای توصیف بیماری جدیدی بکار می رود که در آن فرد بدون داشتن سابقه بیماری کبدی به طور ناگهانی کبد وی ناتوان می گردد.

داروهای تجویزی با نسخه و بدون نسخه مخصوصاً تایلنول **Tylenol** از علت های مهم ایجاد **FHF** در امریکاست.