د.سليمان دوبا

# أمراض الجهاز الهضمي

## القسم الأول: القيء (Vomiting)

في إطار صيدلة المجتمع، يُعدّ القيء (Vomiting) من الأعراض الشائعة التي تدفع المرضى لطلب المشورة الدوائية مباشرة من الصيدلية، وغالبًا قبل مراجعة الطبيب. القيء بحد ذاته ليس مرضًا، بل هو عرض ناتج عن تفعيل مركز القيء في جذع الدماغ، والذي يستقبل إشارات عصبية من الجهاز الهضمي، والجهاز الدهليزي (المسؤول عن التوازن)، والقشرة الدماغية، إضافة إلى المنطقة المنبهة الكيميائية (Chemoreceptor Trigger Zone) الحساسة للسموم والأدوية. هذا التعقيد العصبي يفسّر تنوع أسباب القيء واختلاف الاستجابة العلاجية من حالة لأخرى.

من منظور صيدلة المجتمع، تكمن أهمية القيء في كونه عرضًا قد يكون بسيطًا وعابرًا، وقد يكون في المقابل علامة إنذارية لحالة خطرة تستوجب الإحالة الطبية الفورية. لذلك يُعدّ التقييم الأولي للمريض داخل الصيدلية خطوة محورية، ويشمل تحديد مدة القيء، وتواتره، وارتباطه بالطعام أو الأدوية، ووجود أعراض مرافقة مثل الحمى، أو الإسهال، أو الألم الشديد، أو الجفاف.

من أكثر الحالات الشائعة التي تصل إلى الصيدلية مع قيء:

أولًا، التسمم الغذائي والتهاب المعدة والأمعاء، حيث يأتي المريض أو ذوو الطفل بشكوى من قيء متكرر قد يترافق مع إسهال وتقلصات بطنية. هنا يتركز دور الصيدلي على الوقاية من الجفاف عبر محاليل الإماهة الفموية، وتقديم مضادات القيء المناسبة عند الحاجة، مع التنبيه لمؤشرات الخطر.

ثانيًا، القيء الناتج عن الأدوية، وهو شائع مع بعض المضادات الحيوية، والمسكنات غير الستيرويدية، والحديد الفموي. في هذه الحالات يسأل الصيدلي عن الدواء المسبب، وتوقيت القيء بالنسبة لتناوله، وقد يقترح تعديل طريقة الاستخدام أو إحالة المريض للطبيب إذا استمرت الأعراض.

ثالثًا، القيء المرتبط بالحمل المبكر، حيث تراجع النساء الصيدلية طلبًا لعلاج الغثيان والقيء الصباحي. هنا يبرز دور الصيدلي في تقديم نصائح غير دوائية أولًا، واختيار الأدوية الآمنة للحمل عند اللزوم، مع الحذر من صرف أدوية قد تكون مضرة بالجنين.

رابعًا، دوار الحركة والقيء الدهليزي، حيث يأتي المريض بشكوى من غثيان وقيء بعد السفر أو أثناءه. في هذه الحالة يكون التاريخ المرضي واضحًا.

خامسًا، القيء عند الأطفال، وهو من أكثر الأسباب شيوعًا لزيارة الصيدلية. الصيدلي هنا لا يتعامل فقط مع العرض، بل مع قلق الأهل، ويجب أن يكون مدركًا لعلامات الجفاف ومؤشرات الإحالة، خاصة عند الرضع وصغار السن.

سادسًا، القيء المرتبط بالقلق أو التوتر النفسي، حيث يشكو بعض المرضى من غثيان وقيء دون سبب عضوي واضح، وغالبًا يتكرر في مواقف معينة. في هذه الحالات يكون التثقيف الصحي وطمأنة المريض عنصرين أساسيين في التدخل الصيدلاني.

في جميع هذه السيناريوهات، يتمحور دور صيدلي المجتمع حول التمييز بين القيء البسيط القابل للتدبير داخل الصيدلية، والقيء الذي يُعد علامة خطر، مثل:

- القيء الدموي (يشير إلى وجود نزف في الجزء العلوي من الجهاز الهضمي)
- القيء المستمر (حدوث جفاف واضطراب في الشوارد، أو وجود انسداد معوي، أو التهاب شديد في الجهاز الهضمي.)
- المصحوب بألم بطني حاد (التهابية خطيرة مثل التهاب الزائدة الدودية، أو التهاب البنكرياس الحاد، أو انسداد الأمعاء، أو انثقاب قرحة هضمية)
- قيء مع تيبّس الرقبة (يشتبه بالتهاب السحايا (Meningitis))
- قيء مع فقدان الوعي (ارتفاع في الضغط داخل القحف أو إصابة عصبية مركزية)

هذه القدرة على الفرز السريري، إلى جانب الاستخدام الرشيد لمضادات القيء والتأكيد على تعويض السوائل، تجعل من الصيدلي خط الدفاع الأول في التعامل مع هذا العرض الشائع والمعقّد في آن واحد.

القيء (أو الإقياء) هو فعل معقد ينظمه جذع الدماغ، وخصوصاً المنطقة المنبهة للمستقبلات الكيميائية (Chemoreceptor Trigger Zone - CTZ)، بالإضافة إلى مركز القيء في البصلة السيسائية (medulla oblongata).

أما النواقل العصبية الرئيسية المسؤولة عن تحريض القيء فهي:

1. الدوبامين (Dopamine) – عبر المستقبلات $D_2$ في الـCTZ.
2. السيروتونين (5-HT) – عبر المستقبلات 5-$HT_3$.
3. الهيستامين (Histamine) – عبر المستقبلات $H_1$.
4. الأسيتيل كولين (Acetylcholine) – عبر المستقبلات الموسكارينية $M_1$.
5. المادة P (Substance P) – عبر المستقبلات $NK_1$.

## الأدوية المضادة للقيء حسب آلية العمل

### 1. مضادات مستقبلات السيروتونين من نوع 5-$HT_3$

هذه الأدوية تعمل على تثبيط تأثير السيروتونين (5-هيدروكسي تريبتامين) في مستقبلاته من نوع 5-$HT_3$ الموجودة في الجهاز الهضمي وفي منطقة المستقبلات الكيميائية القادحة CTZ (Chemoreceptor Trigger Zone) في جذع الدماغ.

يُفرز السيروتونين بكثرة عند تهيّج بطانة الأمعاء أثناء العلاج الكيميائي أو الالتهابات أو التسمم الغذائي، مما يفعّل العصب المبهم ويرسل إشارات إلى مركز القيء. لذلك فإن تثبيط هذه المستقبلات يمنع العملية في بدايتها.

من أهم الأدوية في هذه الفئة أوندانسترون (Ondansetron)، غرانيسيترون (Granisetron)، بالونوسترون (Palonosetron)، ودولاسيترون (Dolasetron).

اوندانسيترون: جرعة البالغين: فموي: 4-8 مغ كل 8 إلى 12 ساعة. الجرعة القصوى: 24 مغ /اليوم للبالغين.

جرعة الأطفال (من عمر 6 أشهر في الصيدلية): فموي أو وريدي: 0.15 مغ /كغ (حد أقصى 8 مغ لكل جرعة). يمكن تكرارها كل 8 ساعات حسب الحاجة.

ملاحظات:

- يُفضّل تعديل الجرعة في حالات قصور الكبد أو الفشل الكلوي لبعضها، خصوصاً الأوندانسترون.
- لا يُستخدم أكثر من مضاد سيروتونيني في الوقت نفسه، لأن ذلك لا يزيد الفعالية بل يزيد خطر اضطرابات نظم القلب.
- دولاسيترون لا يُوصى بالاستخدام الوريدي في الوقت الحالي بسبب مخاطر القلب (QT prolongation).
- بالونوسترون هو الخيار الأكثر أمانًا بين مضادات HT3-5 بالنسبة لـ(QT prolongation).
- غرانيسيترون (Granisetron) أقل احتمالاً نسبيًا لإطالة QT، لكنه ليس صفرًا.

**الآثار الجانبية** الشائعة تشمل الصداع، الإمساك، الدوار، والإطالة في فترة QT على تخطيط القلب، مما قد يؤدي إلى اضطراب نظم خطير عند المرضى ذوي الاستعداد القلبي.

**2. مضادات مستقبلات الدوبامين ($D_2$ antagonists)**

يعمل هذا النوع على منع تأثير الدوبامين في منطقة الـ CTZ داخل جذع الدماغ، وهي منطقة حساسة جداً للسموم والأدوية. عندما يُثبَّط تأثير الدوبامين، يقل تحفيز مركز القيء. تشمل هذه الفئة ميتوكلوبراميد (Metoclopramide)، دومبيريدون (Domperidone).

ميتوكلوبراميد (باسبيران®، ميتاميد®) شائع جدا في صيدلية المجتمع، يُستخدم بجرعة 10 إلى 20 مغ عن طريق الفم أو الوريد قبل الوجبات، والجرعة القصوى اليومية لا تتعدى عادةً 40 إلى 60 مغ .

دومبيريدون (موتين®، موتالون): أيضاً من الادوية الشائعة في الصيدلية، يُعطى بجرعة 10 إلى 20 مغ ثلاث مرات يومياً، وهو يتميّز بأنه لا يعبر الحاجز الدماغي الدموي BBB بسهولة، لذلك يسبب أعراضاً عصبية أقل.

الميتوكلوبراميد يعمل أساساً كمضاد لمستقبلات الدوبامين $D_2$ (وأيضاً كمحفز معتدل لمستقبلات $HT_4$-5 ومثبط ضعيف لـ $HT_3$-5). هذا ما يجعله فعالاً كمضاد للإقياء ومحفز لحركة الجهاز الهضمي.

الميتوكلوبراميد يعبر الحاجز الدموي الدماغي ويثبط مستقبلات $D_2$ هناك، مما يحدث خلل في التوازن بين الدوبامين والأسيتيل كولين داخل العقد القاعدية، وهذا يؤدي إلى ظهور الأعراض خارج الهرمية (Extrapyramidal symptoms). بالتالي من الممكن أن يسبب آثارًا جانبية عصبية مثل الرعشة، تصلب العضلات، وحركات لا إرادية قصيرة المدى، وقد يؤدي الاستخدام الطويل إلى خلل حركي متأخر. كما قد يرفع البرولاكتين مسببًا اضطرابات الدورة الشهرية أو إفراز الحليب غير الطبيعي، ويمكن أن يسبب نعاسًا أو صداعًا. نادرًا يسبب بطء القلب أو انخفاض ضغط الدم، وأحيانًا مشاكل هضمية بسيطة مثل غثيان أو إمساك. الحذر مطلوب عند الأطفال، المرضى المصابين بالصرع، أو عند الاستخدام الطويل.

اما الدومبيريدون يشترك مع الميتوكلوبراميد ببعض الخصائص لكنه يختلف في نقاط مهمة:

تكون الحركات اللاإرادية والخلل الحركي أقل شيوعًا بكثير مع دومبيريدون لأنه لا يعبر حاجز الدم–الدماغ بنفس القوة، لذلك الأعراض خارج الهرمية نادرة. ممكن حدوث ارتفاع البرولاكتين مع دومبيريدون لكنه أقل وضوحًا من الميتوكلوبراميد، خاصة عند الاستخدام قصير المدى.

آثار قلبية: أهم نقطة يجب الانتباه لها مع دومبيريدون هي إطالة فترة QT، ما قد يؤدي إلى اضطرابات خطيرة في نظم القلب، خصوصًا عند الجرعات العالية أو مع أدوية أخرى تؤثر على القلب وبشكل خاص عند المسنين ومرضى قصور القلب.

أعراض أخرى مثل النعاس أو مشاكل الجهاز الهضمي: قد تحدث لكنها أقل حدة مقارنة بالميتوكلوبراميد.

باختصار: دومبيريدون أكثر أمانًا من حيث الآثار العصبية والحركية، لكنه يحمل خطرًا أكبر على القلب مقارنة بالميتوكلوبراميد.

**3. مضادات الهيستامين الجيل الأول**

هذه الأدوية تعمل على مستوى الجهاز الدهليزي في الأذن الداخلية، وتُعتبر فعالة ضد الإقياء الحركي (الاقياء الناتج عن الحركة) والدوار. تشمل مضادات الهيستامين الجيل الأول مثل ديمنهيدرينات (Dimenhydrinate)، ميكليزين (Meclizine)، وبروميثازين (Promethazine).

جرعات ديمنهيدرينات تتراوح بين 50 و100 مغ كل 4 إلى 6 ساعات حسب الحاجة، وميكليزين من 25 إلى 50 مغ مرة إلى ثلاث مرات يومياً. بروميثازين يُعطى بجرعة 12.5 إلى 25 مغ كل 4 إلى 6 ساعات.

ديمنهيدرينات يُمكن استخدامه للأطفال فوق سنتين ويُستعمل بحذر أثناء الحمل بعد استشارة الطبيب. ميكليزين مناسب للأطفال فوق 12 سنة ويعتبر آمنًا نسبيًا للحوامل. بروميثازين يُعطى للأطفال الأكبر سنًا (عادة فوق سنتين) ويُستخدم أثناء الحمل فقط إذا كانت الفائدة تفوق المخاطر وبإشراف طبي. السيكليزين يُمكن استخدامه للأطفال فوق 6 سنوات، ويعتبر آمنًا نسبيًا أثناء الحمل عند الحاجة وتحت إشراف طبي.

تتضمن الآثار الجانبية لهذه الفئة النعاس، جفاف الفم، تشوش الرؤية، احتباس البول، والإمساك. كما يمكن أن تسبب تشويشاً عقلياً وهلاوس في كبار السن، ويجب الحذر في مرضى الزرق (glaucoma) أو تضخم البروستات.

ملاحظة: صحيح ان للأدوية الحاصرة للهيستامين فعالية حاصرة للموسكارين مما يجعلها مركنة وتأثيراتها الجانبية متشابهة، إلا انها لا تسبب حمى الاتروبين فيمكن استخدامها عند الأطفال كما لاحظنا.

**4. مضادات الإقياء المضادة للكولين (Anticholinergics)**

تعمل على حجب مستقبلات المسكارين M1 في الجهاز الدهليزي والدماغ، وتستخدم بشكل رئيسي للوقاية من الإقياء الحركي (دوار الحركة).

السكوبولامين/ هيوسين (Scopolamine): الأشكال الصيدلانية لصقات جلدية (Transdermal patch) عادة 1.5 مغ لكل لصقة. توجد ايضاً على شكل حقن وشراب. أحياناً تُستخدم مضغوطات أو حقن، لكنها أقل شيوعاً كمضاد إقياء لأن اللصاقة أكثر ثباتاً وأقل آثاراً جانبية.

الجرعة المعتادة للوقاية من دوار الحركة: لصاقة واحدة (1.5 مغ ) توضع خلف الأذن قبل السفر بـ 4 ساعات. تُستبدل كل 3 أيام إذا لزم الأمر.

الحد الأقصى: عادة لصاقة واحدة كل 72 ساعة، لا تتجاوز أكثر من لصاقة واحدة في نفس الوقت.

ملاحظات: قد تسبب جفاف الفم، النعاس، تشوش الرؤية، صعوبة التبول.

موانع استخدام المضادات الموسكارينية:

في الأطفال الصغار: تمنع الحاصرات الموسكارينية تقريبًا نهائيًا بسبب حمى الاتروبين.

في الأطفال الأكبر من 12 سنة: يمكن استخدامها بحذر شديد، مع مراقبة الأعراض والحرارة، وتحت إشراف طبي صارم.

عند كبار السن: الحاصرات الموسكارينية مسموحة عند المسنين فقط إذا كانت الفائدة كبيرة جدًا، ويجب استخدامه بحذر شديد، بجرعات منخفضة، مع مراقبة دقيقة للوظائف العصبية والقلبية والجهازية. كبار السن أكثر عرضة لتأثيرات الحاصرات الموسكارينية على الجهاز العصبي المركزي، مثل: الارتباك، الهذيان، فقدان الذاكرة، والهلوسة. كما قد يسبب تسارع ضربات القلب (Tachycardia)، زيادة ضغط العين في مرضى الجلوكوما، جفاف شديد في الفم والعينين، وإمساك أو احتباس بولي.

أثناء الحمل: يُستخدم فقط إذا كانت الفائدة تفوق المخاطر، أيضًا مع متابعة دقيقة.

**عند النساء الحوامل**

يُعد الإقياء أثناء الحمل، خصوصًا في الثلث الأول، حالة شائعة. يهدف العلاج إلى تخفيف الأعراض مع أقل تأثير ممكن على الجنين، لذلك تُستخدم الأدوية تدريجيًا من الأبسط إلى الأقرب للأمان قبل الانتقال إلى خيارات أقوى.

1. فيتامين B6 (بيريدوكسين): هو الخط الأول في العلاج، وآمن للغاية. يمكن استخدامه بمفرده أو مع أدوية أخرى. الجرعة المعتادة: 10–25 مغ فمويًا ثلاث مرات يوميًا. الحد الأعلى الآمن غالبًا يصل إلى 100 مغ يوميًا. الجرعات العالية المديدة (أكثر من 200 مغ يوميًا لأسابيع أو أشهر) قد تسبب اعتلالًا عصبيًا محيطيًا.
2. دوكسيلامين (Doxylamine): مضاد هيستامين يُستخدم مع B6، ويتوفر في بعض الدول كمزيج جاهز. فعّال وآمن في الحمل. الجرعة: 10–25 مغ عند الحاجة، عادةً 2–3 مرات يوميًا. الحد الأقصى المتعارف عليه نحو 150 مغ يوميًا موزعة على جرعات، لتقليل النعاس والآثار المضادة للكولين.
3. سيكليزين وميكليزين: خياران بديلان عند عدم تحمّل الدوكسيلامين أو في حالات دوار الحمل.
4. ميتوكلوبراميد (Metoclopramide): محفز لحركة الجهاز الهضمي ومضاد للإقياء. يُستخدم في الحالات المتوسطة إلى الشديدة. قد يسبب تعبًا أو أعراضًا خارج هرمية خفيفة في بعض الأحيان.

5. أوندانسيترون (Ondansetron): فعّال جدًا، ويُستخدم عند فشل العلاجات السابقة. كانت هناك دراسات قديمة تربطه ببعض التشوهات الطفيفة عند استخدامه في وقت مبكر جدًا من الحمل، لكن الأدلة الحديثة تشير إلى درجة أمان مقبولة عند الحاجة السريرية.

الحامل: نبدأ بالتدريج B6 ودوكسيلامين / ميتوكلوبراميد / أوندانسيترون إذا لزم.

**عند الأطفال:**

يُستخدم العلاج بحذر شديد لأن معظم الأدوية قد تُسبب آثارًا جانبية واضحة لديهم. القاعدة الأساسية هي معالجة السبب أولًا: مثل التجفاف، العدوى، دوار الحركة، التسمم الغذائي، أو عدم تحمل بعض الأطعمة.

1. أوندانسيترون (Ondansetron): الدواء الأكثر استخدامًا في الأطفال، خصوصًا في الإقياء الناتج عن التهاب المعدة والأمعاء الفيروسي. فعّال في تقليل الحاجة للسوائل الوريدية ويُعطى بجرعات تعتمد على الوزن. العمر: آمن بشكل عام من 6 أشهر فما فوق (للإقياء الحاد)، ويُستخدم من عمر 4 سنوات لأشكال الجرعات الفموية المذابة حسب الإرشادات الدوائية.
2. ديمينهيدرينات (Dimenhydrinate): مضاد هيستامين يُستعمل أساسًا في دوار الحركة، ولا يُفضّل استخدامه روتينيًا للإقياء الناتج عن أسباب أخرى. قد يسبب نعاسًا أو تهيجًا عند بعض الأطفال. العمر: يمكن استخدامه من سنة واحدة فما فوق (حسب معظم البروتوكولات)، ويُفضّل تجنبه دون هذا العمر.
3. ميتوكلوبراميد (Metoclopramide): يُستخدم نادرًا في الأطفال بسبب خطر حدوث أعراض خارج هرمية (تشنجات عضلية، تصلب مؤقت). دوره محدود ولا يُعطى إلا عندما تكون الفائدة أعلى بكثير من الضرر. العمر: يُستخدم بدءًا من سنتين، لكن بشكل مقيد وتحت إشراف مباشر.
4. بروميثازين (Promethazine): مضاد هيستامين قوي قد يسبب نعاسًا شديدًا، وله خطورة في تثبيط التنفس لدى الصغار. العمر: ممنوع تمامًا تحت سنتين بسبب خطر تثبيط التنفس، ويُستخدم بحذر شديد من سنتين وما فوق.

## القسم الثاني: الإسهال والإمساك

### أ. الإمساك

يُعدّ الإمساك من أكثر الاضطرابات الهضمية شيوعًا، وهو مشكلة صحية عامة تتفاوت في شدتها وتأثيرها من شخص لآخر. يُعرَّف الإمساك سريريًا بانخفاض عدد مرات التبرز، أو صعوبة إخراج البراز، أو الشعور بعدم الإفراغ الكامل للأمعاء، وغالبًا ما يكون مصحوبًا بتغيّر في قوام البراز ليصبح صلبًا وجافًا. تشير الدراسات الوبائية إلى أن الإمساك يصيب نسبة ملحوظة من السكان حول العالم، مع ارتفاع معدلاته بين كبار السن، والنساء، والأشخاص قليلي الحركة، إضافة إلى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة أو يتناولون أدوية معينة. ولا يقتصر تأثير الإمساك على الجانب الجسدي فقط، بل يمتد ليؤثر على جودة الحياة، والأداء الوظيفي، والحالة النفسية للمريض. من منظور صيدلة المجتمع، تكتسب هذه الحالة أهمية خاصة نظرًا لانتشار المعالجة الذاتية باستخدام الأدوية المتاحة دون وصفة طبية، مما يفرض على الصيدلي دورًا محوريًا في التثقيف الصحي، والترشيد الدوائي، واختيار العلاج المناسب بناءً على تقييم دقيق لحالة المريض وأسباب الإمساك المحتملة.

الإمساك واسباب حدوثه: يعرف الإمساك بأنه نقص في عدد مرات التغوط بمعدل أقل من ثلاث مرات أسبوعياً ويترافق مع صعوبة في بدء التبرز وصعوبة في إخراجه.

أسباب حدوث الامساك:

العادات الغذائية غير المتوازنة (نقص تناول السوائل والألياف). قصور الدرق

متلازمة الأمعاء الهيوجة الأدوية: مثل الأفيونات.

أورام الكولون منشأ نفسي.

لا يُنصح باللجوء إلى العلاج الدوائي للإمساك كخيار أولي في معظم الحالات، إذ تُعدّ التدخلات غير الدوائية حجر الأساس في الوقاية والعلاج، خاصة في الإمساك الوظيفي البسيط. هذه التدخلات تستهدف نمط الحياة والعادات اليومية التي تلعب دورًا محوريًا في تنظيم حركة الأمعاء.

- أهم العلاجات غير الدوائية تشمل تعديل النظام الغذائي من خلال زيادة تناول الألياف الغذائية، سواء الذائبة أو غير الذائبة، لما لها من دور في زيادة حجم البراز وتحفيز الحركة الدودية للأمعاء. توجد الألياف بكثرة في الخضروات، والفواكه، والحبوب الكاملة، والبقوليات، ويُوصى بزيادتها تدريجيًا لتجنّب الانتفاخ والغازات.
- يُعدّ الإكثار من شرب السوائل عاملًا أساسيًا آخر، إذ يساعد الماء على تليين البراز وتسهيل مروره عبر القولون، ويزداد الاحتياج للسوائل مع زيادة استهلاك الألياف. كما أن الجفاف يُعد من الأسباب الشائعة للإمساك، خاصة لدى كبار السن.
- النشاط البدني المنتظم له تأثير مباشر في تحفيز حركة الأمعاء، حيث إن قلة الحركة تُبطئ العبور المعوي. لذلك يُنصح بالمشي اليومي أو أي نشاط بدني مناسب لعمر وحالة المريض الصحية.
- تصحيح العادات السلوكية المرتبطة بالتبرز يُعد عنصرًا مهمًا في العلاج، مثل تخصيص وقت منتظم لدخول الحمام، وخصوصًا بعد الوجبات مستفيدين من المنعكس المعدي القولوني، وتجنّب تجاهل الرغبة في التبرز لفترات طويلة.
- وأخيرًا، يلعب التثقيف الصحي دورًا جوهريًا، إذ يجب توعية المرضى بطبيعة الإمساك، وأسبابه، وضرورة الصبر على التغيرات السلوكية والغذائية قبل توقع تحسن ملحوظ. هذه الاستراتيجيات غير الدوائية تمثل الأساس الذي يُبنى عليه أي تدخل علاجي لاحق، ويقع على عاتق الصيدلي في المجتمع تعزيزها ومتابعة الالتزام بها.

## أدوية الإمساك: الملينات (Laxatives)

أنواعها بحسب الآلية:

1. **الملينات الحجمية (Bulk-forming) الخط العلاجي الدو ائي الأول — مثال:**

- Psyllium (سيلليوم)، ميتيل سيللوز Methylcellulose، بوليكاربوفيل Polycarbophil

ما يميزها / الآلية: تمتص الماء لتكوّن مادة هلامية (gel) مما يزيد من حجم البراز ويحفز التمدد الجدار المعوي، مما ينشط التقلصات. متى تُستخدم: كخيار أولي في الإمساك المزمن أو كعلاج صيانة (long-term) حيث يُعتبر أكثر أمانًا للاستخدام المستمر (عند شرب كمية كافية من الماء).

المزايا:

- أمان جيد عند الاستخدام السليم
- لا يُعطّل وظيفة الأمعاء مثل المنبهات
- مفيد أيضًا لخفض الكوليسترول في بعض الحالات (كمصدر للألياف)

هل يسبب اعتمادًا: ليس من المعتاد أن يسبب اعتمادًا لأن تأثيره يعتمد على الماء والتوسع الميكانيكي وليس تحفيز عصبي مباشر.
الآثار الجانبية: غازات، انتفاخ، شعور بامتلاء، في حالات نادرة انسداد معوي إذا لم يُشرب ماء كافٍ.

**2. الملينات المزلقة (Lubricant)** — مثال: الزيوت المعدنية (Mineral Oil) مثل زيت البارافين

ما يميزها / الآلية: تُكوّن طبقة زيتية على سطح الدم feces وجدار الأمعاء تمنع امتصاص الماء من البراز، مما يحافظ على رطوبته ويسهّل انزلاقه للخروج. ليس لديها تأثير كبير على حركة الأمعاء مباشرة. متى تُستخدم: عند وجود صعوبة في خروج البراز جاف أو لحالات تتطلب تليين سريع لكن لفترات قصيرة، أو عند تجنب الجهد (مثل في أمراض الشرج أو البواسير)

الجرعة المعتادة: 15-45 مليلتر يوميًا في البالغين، مرة أو مقسَّمة على جرعات. يُنصح بعدم استخدامه لأكثر من أسبوعٍ دون إشراف طبي.

المزايا

- سريع إلى حد ما في تليين البراز
- لا يسبب تهيّج قوي
- مفيد عند الحاجة لِتَسهيل عبور البراز دون تحفيز زائد

المضار / المخاطر

- قد يعيق امتصاص الفيتامينات الذائبة في الدهون (A, D, E, K)
- خطر استنشاق (aspiration) يؤدي إلى التهاب رئوي دهني (lipid pneumonitis) خصوصًا إذا تم تناوله أثناء الاستلقاء أو في المرضى ذوي وظيفة بلع ضعيفة
- تسريب من المستقيم (oily leakage) مما قد يلطّخ الملابس
- الإسهال، اضطراب المعدة، ألم بطني خفيف

هل يسبب اعتمادًا: يمكن أن يحدث اعتماد لو استُخدم لفترات طويلة، حيث يُعتمد البراز على التليين المستمر من الخارجية بدلاً من الاعتماد على حركة الأمعاء الطبيعية.
الآثار الجانبية: تسريب زيتي، إسهال خفيف، آلام بطن، ضعف امتصاص الفيتامينات دهنية، خطر استنشاق، تهيّج الشرجي.

3. **الملينات الأسموزية (Osmotic)** — مثال: لاكتولوز (Lactulose) أو PEG

ما يميزها / الآلية: غير ممتصة من الأمعاء الدقيقة، تحتفظ بالماء داخل التجويف المعوي عن طريق تأثير أسموزي، فتليّن البراز وتسهّل حركته.
في حالة لاكتولوز، يخمَّر بواسطة بكتيريا القولون إلى أحماض دهنية قصيرة السلسلة التي تُسهّم في تحفيز حركة الأمعاء والتقليل من امتصاص الأمونيا (في حالات الاعتلال الكبدي). أما البولي ايتيلين غليكول هو مادة خاملة.
متى تُستخدم: للإمساك المزمن أو الحاد عند فشل العلاجات البسيطة. في حالات الاعتلال الكبدي (hepatic encephalopathy) لتقليل امتصاص الأمونيا.
الجرعة المعتادة: لاكتولوز — غالبًا 15-30 ملليلتر مرتين إلى ثلاث مرات يوميًا أو حسب الاستجابة (قد تتغير الجرعة).
PEG (بوليثيلين غليكول) مثال شائع: يُستخدم نوع PEG 3350 بجرعة 10 - 17 غرامًا أو أكثر يوميًا في بعض الدراسات لعلاج الإمساك المزمن.
كلاهما يجذبان الماء، لكن اللاكتولوز قد يسبب غازات أو مغص خفيف بسبب تخمّره، بينما PEG عادة ألطف على الجهاز الهضمي. لكن إن وُجد مرض كبدي أو حاجة لتقليل الأمونيا، اللاكتولوز هو الخيار الأفضل لأنه يخفضها أيضًا.
المزايا:

- فعّال بشكل عام وسهل الاستخدام
- أمان أكبر من المنبهات في الاستخدام الطويل نسبيًا
- يساعد في حالات اعتلال كبدي لتخفيض الأمونيا (في حالة لاكتولوز)

المضار / المخاطر

- انتفاخ (bloating)، غازات، مغص أحيانًا
- الإسهال إذا الجرعة زائدة
- اضطراب في توازن الإلكتروليتات خصوصًا في المرضى الذين يعانون من ضعف كلوي أو قلبي
- في الاستخدام المفرط لفترات طويلة — خطر الجفاف أو اختلال الكهارل

هل يسبب اعتمادًا: الملينات الأسموزية أقل احتمالاً للتسبب في اعتماد مقارنة بالمنبهات. من غير الملاحظ أن لاكتولوز يسبب اعتمادًا عند الجرعات العادية.
الآثار الجانبية: غازات، انتفاخ، مغص، إسهال، غثيان. في حالات خطيرة — اختلال إلكتروليتات أو جفاف.

**4. الملينات المنبهة (Stimulant) — مثال:**

Bisacodyl (بيساكوديل)، Senna (سينّا)، Castor oil (زيت الخروع)

ما يميزها / الآلية
تحفّز الأعصاب الباطنية (parasympathetic nerves) في القولون مباشرة فتزيد من التقلصات المعوية (peristalsis) وتُحفّز إفرازات نَسْجِيّة (exudative secretion) من الماء والأملاح إلى تجويف القولون. كما تقلّل إعادة امتصاص الماء من الأمعاء عن طريق التأثير على قنوات الأكوابورين (مثل Aquaporin-3)

متى تُستخدم: للاستخدام العَرَضي عند الإمساك المتقطع أو عندما تريد تأثير سريع. كما تُستخدم أحيانًا في تحضير الأمعاء قبل الفحص أو الجراحة.

المزايا:

- سريع التأثير بالمقارنة مع بعض الملينات الأخرى
- فعّال في حالات الإمساك المقاوم
- تأثير مزدوج (تحفيز الحركة + زيادة إفراز الماء)

المضار / المخاطر

- تشنّجات بطنية وألم في البطن
- الإسهال إذا الجرعة زائدة
- اضطرابات في توازن السوائل والإلكتروليتات (خاصة في حالات الاستخدام المفرط)
- تهيج المستقيم عند استخدام التحاميل
- في الاستخدام الطويل قد يُشتبه في تغيّر في النسيج المعوي أو ضرر في الجهاز العصبي المعوي، لكن الأدلة القوية على ذلك قليلة

قد تحدث "اعتماد منبّه": أي أن الأمعاء قد تضعف قدرتها على الحركة الطبيعية عند توقف الاستخدام. يُنصح بعدم استخدامه لفترات طويلة.

الآثار الجانبية: تشنجات، ألم بطن، زيادة الغازات، إسهال، الغثيان، اضطرابات في الكهارل (مثل نقص بوتاسيوم)

## ب. الإسهال

**تعريف:**

الإسهال هو زيادة عدد مرات التبرز أو انخفاض تماسك البراز بحيث يصبح مائيا أو سائلا ويحدث عادة أكثر من ثلاث مرات في اليوم. هذه الحالة ليست مرضا بحد ذاتها بل عرض ناتج عن أسباب مختلفة، ويُعد فهم المسبب أمرا أساسيا في اختيار العلاج الصحيح.

### أولاً: أنواع الإسهال حسب المسبب والأعراض المميزة

**الإسهال الفيروسي:**

هو الأكثر شيوعاً خاصة عند الأطفال. تسببه فيروسات مثل Rotavirus، Norovirus، وAdenovirus. تكون الأعراض خفيفة إلى متوسطة وتشمل برازاً مائياً غير دموي وقيئاً متكرراً مع ارتفاع طفيف في درجة الحرارة غالباً بين 37.5 إلى 38.5 درجة مئوية. لا يصاحبه دم أو مخاط. يزول عادة خلال يومين إلى خمسة أيام. يحدث التجفاف بسرعة خاصة لدى الأطفال، لذلك يكون العلاج الأساسي هو تعويض السوائل.

**الإسهال البكتيري**

تسببه جراثيم مثل Escherichia coli بأنواعها، وSalmonella، وShigella، وCampylobacter، وVibrio cholerae.

تكون الأعراض أشد، وغالباً ترافق مع حرارة مرتفعة تتجاوز 38.5 وقد تصل إلى 40 درجة مئوية، وألم بطني شديد، وغثيان، وضعف عام.

البراز يختلف حسب الجرثومة: في الكوليرا مائي غزير شفاف يشبه ماء الأرز، في الشيغيلا أو الإشريكية النزفية دموي ومخاطي. هذه الحالات تحتاج إلى تقييم طبي وعلاج بالمضادات الحيوية المناسبة، مع منع استخدام مثبطات الحركة الحوية المعوية.

- **الإسهال الطفيلي:**

سببه طفيليات مثل Giardia lamblia وEntamoeba histolytica وCryptosporidium. يميل لأن يكون مزمناً، مع براز دهني كريه الرائحة في الجيارديا أو دموي مخاطي في الأميبيا. الحرارة عادة معتدلة بين 37.5 و38.5، مع انتفاخ وإحساس بالامتلاء والغثيان وفقدان الشهية. يحتاج إلى علاج نوعي بمضادات الطفيليات.

- **الإسهال الدوائي:**

ينتج عن استخدام بعض الأدوية مثل المضادات الحيوية، الميتفورمين، الملينات، أو مضادات الحموضة المحتوية على المغنيسيوم. عادة لا يترافق مع حرارة أو ألم بطني شديد، ويكون البراز مائياً عادي اللون. يتحسن بعد إيقاف الدواء أو تعديله.

- **الإسهال الوظيفي أو المزمن:**

يحدث في اضطرابات مثل القولون العصبي أو الداء البطني أو فرط نشاط الغدة الدرقية. البراز لين أو مائي، دون دم أو حرارة. يترافق مع انتفاخ وآلام بطنية متقطعة تتحسن بعد التبرز. يحتاج إلى تنظيم غذائي وعلاج طويل الأمد حسب الحالة.

## ثانياً: العلاج حسب آلية عمل الدواء والمسبب

**أولاً – العلاج التعويضي للسوائل (Oral Rehydration Salts – ORS)**

آلية العمل تقوم على تعويض الصوديوم والبوتاسيوم والماء المفقود من الجسم. وجود الغلوكوز في المحلول يسهل امتصاص الصوديوم والماء عبر جدار الأمعاء. يُستخدم في جميع أنواع الإسهال دون استثناء، لأنه يمنع الجفاف. الجرعة تكون بعد كل نوبة إسهال، بمقدار 200 إلى 400 مل للأطفال، وحتى لتر للبالغين.

**ثانياً – مثبطات الحركة الحوية المعوية (Antimotility Agents)**

الدواء الأشهر هو لوبراميد المعروف تجارياً باسم Imodium. يعمل على مستقبلات الأفيون في جدار الأمعاء فيقلل حركتها ويطيل زمن عبور البراز مما يسمح بامتصاص الماء. يُستخدم فقط في الإسهال غير الدموي وغير الإنتاني مثل الفيروسي أو الناتج عن القولون العصبي أو الإسهال الدوائي. الجرعة للبالغين هي 4 ملغ في البداية ثم 2 ملغ بعد كل براز لين، والحد الأقصى 16 ملغ يومياً (8 كبسولات). يتوفر على شكل أقراص وكبسولات وشراب. يُمنع استخدامه في الإسهال البكتيري الدموي أو عند وجود حرارة مرتفعة.

**ثالثاً – مضادات الإفراز (Antisecretory Agents)**

مثل بيسموت سبساليسيلات (Bismuth subsalicylate). يعمل على تقليل إفراز السوائل في الأمعاء وله تأثير مضاد خفيف للبكتيريا ومهدئ للمخاطية. يُستخدم في الإسهال الفيروسي أو في حالات الإسهال المسافر الخفيف. يتوفر بشكل سائل أو أقراص قابلة للمضغ.

يحتوي بيسموت سبساليسيلات جزئياً على ساليسيلات، وهذا يجعل استخدامه عند الأطفال والمراهقين خلال فترة وجود مرض فيروسي خطيراً. استخدامه في هذه الفئة العمرية قد يؤدي إلى **متلازمة راي** (Reye's Syndrome) وهي حالة نادرة لكنها خطيرة تتسبب بتورم الكبد والدماغ، ويمكن أن تكون مهددة للحياة. لذلك ينصح بعدم إعطاء بيسموت سبساليسيلات للأطفال تحت 18 سنة أثناء نزلات البرد أو الإسهال الفيروسي، واستبداله بأدوية آمنة. باختصار، البيسموت آمن للبالغين عند الجرعات الموصى بها، لكن الساليسيلات فيه تشكل خطرًا للأطفال والمراهقين خلال الأمراض الفيروسية، لذلك يجب الحذر الشديد عند هذه الفئة.

**رابعاً – المضادات الحيوية (Antibiotics):** تُستخدم فقط عند وجود مسبب بكتيري مثبت أو مشتبه به بشدة.

- في الإسهال الناتج عن الإشريكية القولونية المسافرة يُعطى سيبروفلوكساسين بجرعة 500 ملغ مرتين يومياً لمدة ثلاثة أيام. [الإشريكية القولونية المسافرة (Traveler's Diarrhea) هي نوع من الإسهال الذي يصيب المسافرين عند الذهاب إلى مناطق أو دول معينة، ويحدث عادة بسبب تناول أطعمة أو مياه ملوثة بالبكتيريا، والسبب الأكثر شيوعًا هو الإشريكية القولونية (Escherichia coli) من نوع – ETEC Enterotoxigenic E. coli.]
- في حالات السالمونيلا أو الكمبيلوباكتر يُفضل أزيثرومايسين بجرعة 500 ملغ مرة يومياً لمدة ثلاثة أيام.
- في الإسهال الناتج عن المطثية العسيرة يُستخدم ميترونيدازول بجرعة 500 ملغ ثلاث مرات يومياً لمدة عشرة أيام.

تتوفر هذه الأدوية عادة على شكل أقراص أو معلق فموي للأطفال.

**خامساً – مضادات التشنج (Antispasmodics)**

تُستخدم مضادات التشنج كعلاج داعم في حالات الإسهال المصحوب بمغص وألم بطني ناتج عن زيادة تقلصات العضلات الملساء في الأمعاء. تعمل هذه المجموعة الدوائية على إرخاء العضلات الملساء في جدار القناة الهضمية، مما يؤدي إلى تقليل شدة التقلصات المعوية وتخفيف الإحساس بالألم والتشنج.

من أهم هذه الأدوية حاصرات المستقبلات الموسكارينية، مثل السكوبولامين، والتي تثبط مستقبلات الأسيتيل كولين، وخصوصًا مستقبلات M3 الموجودة على العضلات الملساء المعوية، مما يقلل من النشاط الحركي للأمعاء والإفرازات المرتبطة به. وبالإضافة إلى ذلك، توجد أدوية أخرى تُصنف كمضادات للتشنج تعمل بآليات مباشرة على العضلات الملساء دون تأثيرات مضادة للكولين واضحة، مثل البابافيرين والدروتافيرين، حيث تقوم بتثبيط إنزيمات الفوسفوديأستراز داخل الخلايا فتؤدي إلى ارتخاء العضلات.

كما تشمل هذه الفئة أدوية أحدث نسبيًا مثل ألفيرين وميبيفيرين، والتي تتميز بفعاليتها في تخفيف التشنج المعوي مع آثار جانبية أقل مقارنة بحاصرات الموسكارين، مما يجعلها خيارًا مناسبًا خاصة لدى المرضى الذين لا يتحملون التأثيرات المضادة للكولين. من منظور صيدلة المجتمع، يجب التنبيه إلى أن استخدام مضادات التشنج يكون غالبًا كعلاج مساعد، ولا يُغني عن معالجة سبب الإسهال الأساسي أو تعويض السوائل والكهارل.

**سادساً – مضادات الطفيليات (Antiparasitic Agents)**

تُستخدم في الإسهال الطفيلي الناتج عن Giardia أو Entamoeba. الميترونيدازول هو الدواء الأساسي، بجرعة 500 ملغ ثلاث مرات يومياً لمدة سبعة إلى عشرة أيام (الجرعة القصوى 4 غ) الجرعة المعتادة للأطفال: 30–50 ملغ لكل كيلوغرام من وزن الطفل يومياً، مقسمة على ثلاث جرعات، لمدة 7 إلى 10 أيام حسب نوع العدوى. يُعتبر ميترونيدازول آمن نسبيًا في الثلث الثاني والثالث من الحمل عند الحاجة الطبية، لكن يُفضل تجنبه في الثلث الأول إلا إذا كانت الفائدة الطبية أكبر من المخاطر. يُمنع شرب الكحول أثناء العلاج ولمدة 48 ساعة بعد آخر جرعة.

ويمكن استخدام تينيدازول بجرعة وحيدة 2 غ، للأطفال فوق 12 سنة أو حسب الوزن: يُحسب 50 ملغ/كغ مرة واحدة. يُمنع استخدام تينيدازول في الثلث الأول من الحمل. في الثلث الثاني والثالث، يجب استخدامه فقط عند الضرورة القصوى وبعد استشارة الطبيب، إذا كانت الفائدة العلاجية تفوق أي خطر محتمل على الجنين. بالنسبة للرضاعة الطبيعية، يُنصح بتجنب الدواء أو التوقف عن الرضاعة مؤقتًا أثناء العلاج ولمدة 3 أيام بعد آخر جرعة. تتوفر على شكل أقراص أو شراب للأطفال. تُعطى أحياناً بالتتابع مع باروموميسين لتطهير الأمعاء.

**سابعاً – البروبيوتك (Probiotics)**

تحتوي على بكتيريا نافعة مثل Lactobacillus أو Saccharomyces boulardii تساعد على استعادة توازن الفلورا المعوية. تُستخدم كعلاج مساعد في الإسهال الفيروسي أو الناتج عن استخدام المضادات الحيوية. الجرعة كبسولة واحدة يومياً أو حسب تعليمات الطبيب. تتوفر بشكل كبسولات أو أكياس أو أمبولات فموية.

## القسم الثالث: مضادات الحرقة المعدية:

حرقة المعدة تحدث عندما يعود حمض المعدة إلى المريء بسبب ضعف في "المصرة المريئية السفلية". عند ارتخاء هذه المصرة أكثر مما يجب، أو ارتفاع ضغط المعدة، يرتفع الحمض إلى المريء غير المحمي، فيسبب الألم والالتهاب.

العوامل التي تخفّض قوة المصرة:

- التدخين
- الكافئين
- الكحول
- الشوكولا
- الوجبات الدهنية
- بعض الأدوية (مثل حاصرات قنوات الكالسيوم)

العوامل التي ترفع الضغط داخل المعدة:

- الوجبات الكبيرة
- السمنة، خاصة سمنة البطن
- الحمل
- الانحناء للأمام بعد الطعام

الصيدلاني هنا لا يعالج فقط الحمض... بل يعالج مجمل السلوكيات التي تسبب الارتجاع.

**1. علامات الخطر (Alarm Features)**

وجود أيّ من الآتي يعني عدم صرف علاجات حرقة المعدة، بل توجيه المريض للطبيب:

- ألم صدري ضاغط أو ممتد للكتف أو الذراع (احتمالية قلبية)
- صعوبة أو ألم عند البلع (Dysphagia/Odynophagia)
- تقيؤ دم أو خروج براز أسود (Melena)
- فقدان وزن غير مبرر
- قيء متكرر
- ظهور الأعراض لأول مرة بعد عمر 50

- أعراض مستمرة لأكثر من أسبوعين رغم العلاج
- علامات فقر دم أو ضعف شديد

العلاج غير الدوائي: التغييرات الحياتية: لا يوجد علاج لحرقة المعدة ينجح بشكل كامل دون تعديل نمط الحياة.

أهم التعديلات:

1. إنقاص الوزن: زيادة وزن 10–15 كغ كافية لرفع الضغط داخل البطن، وبالتالي مضاعفة الارتجاع. الدراسات تشير أنّ نقص 5–10% من وزن الجسم يحسّن الأعراض بشكل ملحوظ.
2. تجنب الوجبات الكبيرة: الامتلاء الشديد يفتح المصرة. من الأفضل وجبات صغيرة ومتكررة.
3. تجنب الطعام قبل النوم بثلاث ساعات: الاستلقاء مباشرة يزيد ارتجاع الحمض.
5. رفع رأس السرير 10–15 سم: وضع وسادتين لا يفي بالغرض لأن الانحناء يبقى في المعدة. الطريقة الصحيحة رفع قاعدة السرير.
6. إيقاف التدخين والكحول: كلاهما يرخّي المصرة المريئية.
7. تجنب الأطعمة المحفزة: دهون – نعناع – شوكولا – بصل – حمضيات – قهوة – مشروبات غازية.

هذه التوصيات هي جزء دائم من العلاج.

## العلاج الدوائي:

### أ. مضادات (معدلات) الحموضة (Antacids):

تُعتبر مضادات الحموضة العلاج الأسرع. هي ليست علاجاً للمرض، بل علاج لحظي للعرض. تعمل عبر معادلة حمض المعدة كيميائياً داخل اللمعة.

أهم المواد الفعالة:

– هيدروكسيد المغنيسيوم مع هيدروكسيد الألمنيوم

– كربونات الكالسيوم

– بيكربونات الصوديوم

مناسبة للمريض الذي يعاني لاول مرة من القرحة ولا تعتبر مزمنة لديه.

### ب. الخط العلاجي الثاني – الألجينات (Alginates)

الألجينات: مستخلصات نباتية من طحالب بنية، تعمل بطريقة مختلفة تماماً عن مضادات الحموضة.

آلية العمل :عند ملامستها لحمض المعدة، تتفاعل وتشكل رغوة هلامية طافية على سطح محتوى المعدة. هذا "الغشاء الهلامي" يمنع ارتداد الحمض للمريء، ويكون فعالاً بشكل خاص بعد الوجبة.

تعتبر:

- آمنة للحمل
- مناسبة لكبار السن
- تأثيرها سريع

- لا تتداخل مع الامتصاص الدوائي بشكل كبير

تتوفر غالباً على شكل مضغوطات للمضغ أو معلقات.

**ج. الخط الثالث – حاصرات مستقبل H2 (H2 Blockers)**

بعد إيقاف عدة أدوية، بقي الفاعل الأساسي اليوم هو فاموتيدين. بسبب تفاعلات السيميتيدين مع السيتوكروم الكبدية تراجع استعمالها.

آلية العمل: تثبيط ارتباط الهيستامين بمستقبلاته H2 في الخلايا الجدارية بالتالي تقليل إفراز الحمض.

مميزات حاصرات H2

– تبدأ خلال أقل من ساعة

– فعالة خاصة ليلاً

– أطول أثراً من مضادات الحموضة

متى نستخدمها؟

- حرقة متكررة لمدة عدة أيام
- أعراض ليلية
- مرضى لا يرغبون باستخدام PPI بعد

السلبيات:

- قد يحدث "تحمّل دوائي" بعد أسابيع، مما يقلل الفعالية
- أقل فعالية من PPIs في الحالات المزمنة

**د. الخط الرابع – مثبطات مضخة البروتون (PPIs)**

هذه الفئة هي الأقوى والأكثر فعالية لعلاج الارتجاع المريئي الحقيقي GERD.

أشهر الأنواع:

- أوميبرازول
- إيزوميبرازول
- بانتوبرازول
- لانسوبرازول

آلية العمل: تثبيط أنزيم H+/K+ ATPase المسؤول عن اخر مرحلة من مراحل تفعيل مضخة البروتون في الخلايا الجدارية بشكل شبه غير عكوس. انخفاض كبير ومستمر في إفراز الحمض.

مميزات PPIs:

- الأكثر فعالية سريرياً
- تعالج التهاب المريء

- تعالج القرحة
- يستمر مفعولها طوال اليوم

الجرعات (بالمغ):

لانسوبرازول 15 – 30 مغ

أوميبرازول وباقي ادوية الPPIs: 20-40 مغ يومياً قبل الطعام بـ30 دقيقة.

**تأثيرات جانبية مع الاستخدام الطويل:**

- نقص الفيتامينات وأهمها B12
- نقص المغنيسيوم
- زيادة طفيفة في الإنتانات المعوية
- احتمال زيادة التعرض للكسور عند الاستخدام لسنوات طويلة
- فقر دم

هذه ليست أسباباً لمنع العلاج، لكنها أسباب لتنظيمه وعدم استخدامه بلا داعٍ.

**ترتيب الخطوط العلاجية كخريطة عملية للصيدلي**

تسلسل العلاج داخل صيدلة المجتمع:

- تعديلات حياتية أساسية.
- مضادات الحموضة أو الألجينات للحالات العرضية.
- فاموتيدين للحالات الخفيفة – المتوسطة، خاصة الليلية.
- PPI للحالات المتكررة، الشديدة، أو التي لم تستجب للخطوات السابقة.
- دمج العلاجات:
  - يمكن استعمال مضادات الحموضة للتخفيف الفوري + PPI لبناء المفعول.
  - الألجينات يمكن أن ترافق أي علاج لأنها تعمل بطريقة مختلفة.

**دور صيدلاني المجتمع**

دور الصيدلاني يتجاوز إعطاء مضغوطة للمريض:

- تقييم حالة خطيرة قبل تفاقمها
- شرح الفرق بين علاج العرض وعلاج السبب
- توضيح ضرورة الالتزام قبل الطعام بوقت صحيح
- تحذير المريض من الاعتماد على PPIs طويلاً بلا داع
- متابعة الاستجابة وتعديل الخطة عند الحاجة

- منع التداخلات الدوائية خاصة مع مضادات الحموضة

الصيدلاني هو خط دفاع أولي ضد المضاعفات، وهو مصدر رئيسي للمعلومات للمريض.
حرقة المعدة شكوى بسيطة في الشكل، لكنها في الواقع تحتاج فهماً متكاملاً للفيزيولوجيا، وأنماط الحياة، وتسلسل العلاجات.
وعي الصيدلاني بالخريطة العلاجية يجعل تدخّله فعالاً ويمنع الاستخدام العشوائي للأدوية، ويحسّن جودة حياة مريض الارتجاع بشكل كبير.

## القسم الرابع: غازات البطن:

الخطوط العلاجية الدوائية للغازات والانتفاخ في صيدلة المجتمع

**مقدمة**

تراكم الغازات داخل القناة الهضمية حالة شائعة تؤثر على مختلف الفئات العمرية، وتظهر عادةً بشكل انتفاخ بطني، شعور بالامتلاء، تطبّل، تجشؤ متكرر أو انبعاث غازات عبر المستقيم. من وجهة نظر صيدلة المجتمع، التعامل مع هذه الحالات يحتاج فهم الخلفية الفسيولوجية، الأسباب، وخطوط العلاج المتاحة ضمن سياق العلاج العرضي وليس معالجة السبب الجذري فقط.
تهدف هذه المحاضرة إلى تقديم هيكل علاجي واضح، سلس، ودقيق للصيدلاني المجتمعي بحيث يمكنه اختيار العلاج الأنسب اعتماداً على الحالة السريرية، السوابق المرضية للمريض، ونمط الأعراض.

**تكوين الغازات في الجهاز الهضمي**

تنتج الغازات عادةً من مصدرين أساسيين:

- ابتلاع الهواء (Aerophagia): يحدث عند تناول الطعام بسرعة، مضغ العلكة، التدخين، التوتر، التحدث أثناء تناول الطعام.
- التخمّر البكتيري في القولون: ينتج عن هضم السكريات غير الممتصة مثل اللاكتوز عند عدم تحمل اللاكتوز، الفركتوز الزائد، أو أطعمة عالية الألياف غير الذوابة.

ماهو عدم تحمل الطعام: هو رد فعل سلبي للجهاز الهضمي تجاه أطعمة معينة، يحدث لعدم القدرة على هضمها أو امتصاصها بشكل صحيح بسبب نقص الإنزيمات، مشاكل الهضم، اضطرابات الأمعاء، أو تناول كميات كبيرة ويسبب أعراضًا مثل الغازات، الانتفاخ، التقلصات، الإسهال، الصداع، والتعب، ولا يرتبط برد فعل مناعي حاد مثل الحساسية الغذائية. يتطلب التشخيص عادةً تتبع الطعام والأعراض وتجنب المسببات .

**الأسباب**

- **نقص الإنزيمات**: عدم وجود إنزيمات كافية لهضم مكونات الطعام (مثل نقص إنزيم اللاكتاز لهضم سكر الحليب).
- **ضعف الامتصاص**: صعوبة في امتصاص بعض المواد الغذائية.
- **تلف جدار الأمعاء**: السماح للبروتينات غير المهضومة بالدخول إلى الدم، مما يسبب استجابة مناعية.
- **عوامل أخرى** :تناول كميات كبيرة، تكرار تناول الطعام، الأدوية، أو مشاكل الفلورا المعوية.

***الفرق بين عدم التحمل والحساسية الغذائية**

- عدم التحمل الغذائي :استجابة الجهاز الهضمي، غير مهددة للحياة، وقد تكون تدريجية.

- الحساسية الغذائية :رد فعل مناعي حاد وفوري (دقائق إلى ساعات)، قد يكون خطيرًا ومهددًا للحياة (مثل الحساسية المفرطة)، وتختبر عادةً عبر الأجسام المضادة .IgE

**أنواع الغازات**

- النيتروجين: هذا الغاز غالباً لا يُنتج داخل الجسم نفسه. يصل إلى القناة الهضمية عندما نبتلع الهواء أثناء الأكل أو الشرب أو المضغ أو حتى الكلام. النيتروجين ثابت كيميائياً، فلا يتفاعل كثيراً، فيمر عبر الجهاز الهضمي بسلام ويخرج كما دخل تقريباً.
- الأوكسجين: يشبه النيتروجين في أنه يأتي من الهواء المبتلع. جزء منه يُمتص في الأمعاء، لكن جزءاً آخر يكمل رحلته داخل القناة الهضمية. لا تعتمد عليه البكتيريا بشكل كبير هناك (معظم الفلورا المعوية جراثيم لاهوائية)، فيبقى ضيفاً عابراً.
- الهيدروجين: هذا الغاز يولد عندما تقوم البكتيريا في القولون بتخمير الكربوهيدرات غير المهضومة—الألياف، بعض السكريات، وبعض النشويات.
- الميثان: يعتمد على وجود نوع معيّن من الميكروبات في القولون. هذه المخلوقات الدقيقة تستخدم الهيدروجين وثاني أكسيد الكربون لتكوين الميثان.
- ثاني أكسيد الكربون: يتكون بطريقتين أساسيتين. الأولى كيميائية: عندما يتفاعل حمض المعدة مع البيكربونات القادمة من البنكرياس في الأمعاء. والثانية ميكروبية: بكتيريا الأمعاء تنتج $CO_2$ أثناء التخمير. جزء منه يُمتص، والجزء الآخر يخرج عبر الامعاء.

تختلف النسب فيما بينها حسب النظام الغذائي وعمل الجراثيم المعوية.

أهم أسباب الغازات المرضية وغير المرضية:

- أسباب غذائية:

• استهلاك كميات كبيرة من الحبوب والبقول.
• المشروبات الغازية.
• السكريات القابلة للتخمّر.

- اضطرابات هضمية

• عدم تحمل اللاكتوز.
• سوء الامتصاص.
• القولون العصبي (IBS).
• فرط نمو البكتيريا في الأمعاء الدقيقة (SIBO).

- أدوية تسبب غازات

• الملينات الأسموزية مثل لاكتولوز.
• مضادات الحموضة المحتوية على كربونات.

• أدوية السكري من نوع α-glucosidase inhibitors مثل أكاربوز.

**العلاج في صيدلة المجتمع**

في صيدلة المجتمع، الهدف هو تخفيف الانتفاخ وتحسين شعور المريض بالراحة.

الاختيار يتم وفق تسلسل علاجي يبدأ بالأدوية الأكثر أماناً ثم ينتقل للعلاجات النوعية حسب الحاجة.

1) **سيميثيكون (Simethicone):** الخط الأول للعلاج

آلية العمل: عامل مضاد للغازات يعمل كمزيل للرغوة (Anti-foaming agent). يقلل التوتر السطحي لفقاعات الغاز، ما يؤدي إلى اندماجها وتسريع طردها.

الجرعات:

• البالغون: 40–125 مغ بعد الطعام وعند اللزوم، حتى 4 مرات يومياً.

• للأطفال حسب المستحضر، غالباً 20 مغ.

مميزاته:

• آمن للغاية.

• غير ممتص جهازياً.

• مناسب للحامل والمرضع.

2) **الفحم النشط (Activated Charcoal)** خيار احتياطي، وليس ذو تأثير مثبت.

آلية العمل: يمتلك قدرة على امتصاص بعض الغازات والمواد المنتجة لها في الأمعاء، إضافة إلى تأثير مخفف للروائح.

الجرعات: البالغون: 260–500 مغ ثلاث مرات يومياً.

الملاحظات

• الفعالية تختلف بين الأفراد.

• يقلل امتصاص معظم الأدوية (مضادات الصرع، الأدوية القلبية، الهرمونات)، لذلك يفضل الفصل ساعتين على الأقل.

• قد يسبب إمساكاً أو برازاً أسود اللون.

3) **أنزيمات هضم الكربوهيدرات:** الخط الثالث للعلاج. مكانها العلاجي: تُعدّ هذه الأنزيمات مفيدة للأشخاص الذين يعرف أن لديهم حساسية غذائية معينة.

أ) Alpha-galactosidase: يُحلل السكريات المعقدة (غالاكتو-أوليغوساكاريد) الموجودة في الأطعمة الغنية بالبقوليات لتقليل تشكل الغازات.

الجرعة: 150–300 وحدة عند بداية الوجبة.

ب) Lactase Enzyme (لمن يعاني من عدم تحمل اللاكتوز)

الجرعة: بين 3000–9000 وحدة مع كل وجبة تحتوي لاكتوز.

**4) البروبيوتيك (Probiotics)**

آلية العمل: إعادة توازن البكتيريا المعوية وتقليل التخمر غير المرغوب. مكانها العلاجي: تعتبر خياراً مساعداً طويل المدى، خاصة في القولون العصبي.

السلالات الأكثر استخداماً في الانتفاخ

- Lactobacillus acidophilus
- Bifidobacterium infantis
- Saccharomyces boulardii

الجرعات: تختلف حسب المنتج، عادة بين 1–10 مليار وحدة يومياً.

**5) مضادات التشنج (Antispasmodics):**

يتم اللجوء لها في حال وجود مغص مرافق للانتفاخ، خصوصاً في القولون العصبي.

1) هيوسين بوتيل بروميد (Hyoscine butylbromide)

الجرعة: 10–20 مغ ثلاث مرات يومياً.

هيوسين قد يسبب جفاف فم وزيادة نبض؛ الحذر لمرضى البروستات والزرق (غلوكوما).

2) ميبفرين (Mebeverine): الجرعة: 135 مغ ثلاث مرات يومياً قبل الطعام.

الاعتبارات: ليست خطاً أولياً، تُستخدم عند ارتباط الانتفاخ بتشنج معوي.

**6) مضادات الإسهال أو الملينات عند اللزوم:**

الاسهال والامساك ومشاكل الحركة المعوية تؤثر على تشكل الغازات، قد نلجأ للخيارات التالية بحسب الحالة:

في حال وجود إمساك:

- بولي إيثيلين غلايكول (PEG) من أفضل الخيارات. يسحب الماء إلى البراز دون أن تتخمّره البكتيريا، لذلك نادرًا ما يسبب غازات أو مغص بجرعات بين 17–34 غرام يومياً.
- زيت البارافين لا غازات عادة، لكن لا يُنصح باستخدامه طويلًا
- بعض أنواع الملينات الحجمية كالألياف غير الذائبة تسبب غازات أما الألياف الذائبة مثل السيليوم تسبب بشكل أقل غازات.
- سينا أو بيساكوديل الملينات المُنبِّهة قد تُسبّب غازات ولا تحبذ للاستخدام الروتيني.
- لاكتولوز؟ لا يستخدم، يتخمر ويسبب غازات (نستبعده).

في حال وجود إسهال:

- لوبيراميد 2 مغ حتى السيطرة على الأعراض.

**7) نصائح غير دوائية**

- الأكل ببطء.
- تجنب المشروبات الغازية.
- تقليل البقوليات أو نقعها قبل الطبخ.
- المشي بعد الطعام.
- الابتعاد عن العلكة والتدخين.

8) دور الصيدلاني المجتمعي

يتمثل دور الصيدلاني في:

- أخذ تاريخ دقيق للأعراض.
- التفريق بين الانتفاخ البسيط وإشارات الخطر.
- اختيار العلاج الأمثل حسب الخطوط العلاجية.
- التوعية بنمط الحياة.
- إحالة المريض للطبيب عند اللزوم.

إشارات الخطر التي تستوجب التحويل للطبيب

- فقدان وزن غير مبرر.
- دم في البراز.
- قيء متكرر.
- ألم بطني شديد مستمر.
- بداية الأعراض بعد عمر 50.
- سوابق عائلية لسرطانات هضمية.

مثال على خريطة قرار للصيدلاني

- إذا كانت الأعراض بسيطة بلا سبب واضح ← يبدأ بسيميثيكون.
- إن لم يتحسن ← يضاف الفحم النشط.
- إذا كانت الأعراض مرتبطة بنوع طعام ← استخدام أنزيمات الهضم المناسبة.
- إذا كان هناك تشنج واضح وألم بطني ← إضافة مضاد تشنج مثل ميبفرين.
- إذا ترافقت مع اضطراب حركية ← استخدام ملين أو مضاد إسهال حسب الحالة.
- إذا كانت مزمنة ← إضافة بروبيوتيك.
- في حال علامات خطرة ← تحويل للطبيب.

التعامل مع الغازات والانتفاخ في صيدلة المجتمع يحتاج تسلسل علاجي واضح، ووعياً بأسباب الأعراض، وتمييز الحالات البسيطة من الخطيرة. العلاج غالباً عرضي، لكن اختيار الخط المناسب في الوقت المناسب يحقق راحة كبيرة للمريض ويحسّن جودة الحياة. هذا التسلسل العلاجي يضمن أن الصيدلاني يعمل بناءً على أسس علمية دقيقة ويقدم خدمة فعالة وآمنة.

## القسم الخامس: متلازمة القولون العصبي IBS

دور صيدلة المجتمع في التعامل الدوائي مع متلازمة القولون العصبي IBS

مقدمة عامة:

متلازمة القولون العصبي هي اضطراب وظيفي مزمن في الجهاز الهضمي يتميز بمجموعة من الأعراض تشمل الألم البطني المتكرر، والانتفاخ، والتغير في نمط الإخراج سواء باتجاه الإسهال أو الإمساك أو النمط المختلط. تُعرَّف المتلازمة بوجود ألم بطني متكرر بمعدل يوم واحد أسبوعياً على الأقل خلال الأشهر الثلاثة الماضية، مرتبط بالتغوط أو بتغير في وتيرة أو شكل البراز.

الأهمية السريرية للمتلازمة تتجاوز شدة الأعراض، إذ تُعد من أكثر اضطرابات الجهاز الهضمي انتشاراً عالمياً، وتؤثر بشكل مباشر في نوعية الحياة والإنتاجية. ويقع على عاتق صيدلاني المجتمع دور محوري في التقييم الأولي للأعراض، والتفريق بين الحالات الوظيفية والعلامات التحذيرية، إضافة إلى توجيه المريض نحو العلاج الدوائي وغير الدوائي المناسب.

تُعد الأدوية ركناً أساسياً في السيطرة على الأعراض، خاصة عند فشل التعديل الغذائي أو نقص الاستجابة للتدخلات السلوكية. ويتطلب التعامل الدوائي معرفة فئات العلاج المختلفة، وآلية عملها، وجرعاتها المقترحة، واحتياطات الاستعمال، وموانعها، واحتمال وقوع تداخلات دوائية مع الأدوية الشائعة.

**أنواعه: التصنيف المتعارف عليه (وفق روما IV) يكون كالتالي:**

1) القولون العصبي المصحوب بالإمساك (IBS-C)

العرض الغالب: الإمساك. السمات النموذجية:

- ✓ براز صلب أو متكتل أغلب الوقت
- ✓ صعوبة أو إحساس بعدم الإفراغ الكامل
- ✓ ألم بطني يخف غالبًا بعد التبرز
- ✓ انتفاخ شائع

2) القولون العصبي المصحوب بالإسهال (IBS-D)

العرض الغالب: الإسهال. السمات النموذجية:

- ✓ براز رخو أو مائي متكرر
- ✓ إلحاح على التبرز
- ✓ ألم أو تقلصات قبل التبرز تتحسن بعده
- ✓ نادرًا ما يحدث ليلًا

3) القولون العصبي المختلط (IBS-M)

العرض الغالب: التقلّب. السمات النموذجية:

- ✓ تناوب واضح بين إمساك وإسهال
- ✓ لا يستقر نمط البراز

- ✓ ألم وانتفاخ بارزان
- ✓ من أكثر الأنواع إرهاقًا للمريض

4) القولون العصبي غير المصنّف (IBS-U)

العرض الغالب: غير واضح. السمات النموذجية:

- ✓ أعراض قولون عصبي موجودة - المريض يستوفي معايير القولون العصبي (ألم بطني متكرر موجود)
- ✓ لكن نمط البراز لا يطابق معايير الإمساك أو الإسهال أو المختلط

ملاحظة إكلينيكية مهمّة:

- ✓ الألم البطني عنصر أساسي في جميع الأنواع
- ✓ التصنيف يعتمد على شكل البراز (مقياس بريستول) وليس عدد مرات التبرز فقط
- ✓ المريض قد ينتقل من فئة لأخرى مع الزمن

**أولاً: الأدوية المضادة للتشنج Antispasmodics**

دورها:

- ✓ تُرخي العضلات الملساء في الأمعاء
- ✓ تقلل التقلصات غير المنتظمة
- ✓ تُخفف الألم والانتفاخ الناتج عن التشنج

كيف تنعكس على الأنواع المختلفة من القولون العصبي؟

- IBS المرتبط بالألم (وهو موجود تقريبًا في كل الأنواع): هنا تكون مضادات التشنج في مكانها الطبيعي، وغالبًا هي الخط الأول لتخفيف الألم.
- IBS مع الإسهال (IBS-D): قد تُفيد بشكل غير مباشر:
  - ✓ تقليل التقلصات قد يُبطئ العبور قليلًا
  - ✓ تخفف الألم المصاحب لنوبات الإسهال
  - ✓ لكنها ليست علاجًا مباشرًا للإسهال نفسه.
- IBS مع الإمساك (IBS-C): تُستخدم بحذر:
  - ✓ قد تُخفف الألم لكنها قد تزيد الإمساك لدى بعض المرضى بسبب إرخاء حركة القولون

تعمل العوامل المضادة للتشنج بآليات مختلفة، أهمها التأثير المضاد للكولين أو التثبيط المباشر للتقلص العضلي. تُعد من أكثر الفئات استعمالاً في صيدليات المجتمع نظراً لفعاليتها المقبولة وتكلفتها المنخفضة.

من أهم الأدوية المضادة للتشنج سبق ذكرها هي مضادات الكولين مثل هيوسين بيوتيل بروميد (Hyoscine Butylbromide) والديسيكلومين (Dicyclomine) ومن مضادات التشنج التي تعمل مباشرة على العضلة: الميبفرين (Mebeverine) والألفرين ودروتافيرين والبابافيرين سبق ذكرها.

**ثانياً: الأدوية الموجهة لنمط متلازمة القولون العصبي المترافق مع إسهال IBS-D.**

يُعد الإسهال أحد الأنماط السريرية الأساسية للمتلازمة، ويتطلب تدخلاً دوائياً موجهاً لتقليل حركة القولون وتحسين قوام البراز.

1. لوبراميد (Loperamide): هو الخيار الأول للسيطرة على الإسهال غير المعقّد. يعمل على مستقبلات الأفيون الطرفية في الأمعاء، مما يخفف من سرعة العبور ويحسّن قوام البراز. الجرعة المعتادة: 2 مغ بعد كل إخراج رخو، بحدّ أقصى 16 مغ يومياً. لا يؤثر على الألم البطني بشكل مباشر، لذلك غالباً ما يستخدم مع مضادات التشنج.

2. ريفاكسيمين (Rifaximin)

مضاد حيوي غير ممتص موضعي، معتمد من الFDA لبعض حالات متلازمة القولون العصبي المترافق مع إسهال، ويُعتقد أن فائدته مرتبطة بتعديل نمو البكتيريا المعوية. الجرعة المعتمدة: 550 مغ ثلاث مرات يومياً لمدة 14 يوماً. يمكن إعادة الدورة العلاجية في حال عودة الأعراض. يُستخدم للمرضى الذين تتغلب لديهم نوبات الانتفاخ والإسهال.

3. إليوكسادولين (Eluxadoline): يعمل على مستقبلات أفيونية متعددة داخل الجهاز الهضمي مما يقلل حركة القولون.

الجرعة: 100 مغ مرتين يومياً. يُمنع استعماله في المرضى الذين خضعوا لاستئصال المرارة أو المصابين بالتهاب البنكرياس أو المدمنين على الكحول.

**ثالثاً: الأدوية الموجهة لعلاج متلازمة القولون العصبي المترافقة مع إمساك IBS-C**

يحتاج هذا النمط إلى تحسين حركة القولون وزيادة الإفراز المائي داخل التجويف المعوي.

1. الملينات الأسموزية مثل بولي إيثيلين غلايكول PEG.
2. ألياف ذائبة مختارة مثل ألياف السيليوم (Psyllium) قد تحسّن انتظام التبرز دون زيادة شديدة في الغازات. يُفضل تجنب الألياف غير القابلة للذوبان لأنها قد تزيد الانتفاخ.
3. محفزات إفراز السوائل المعوية (أدوية موجهة فعليًا لـ IBS-C): زيادة السوائل + تقليل حساسية الأعصاب المعوية، أي أنها تساعد على الإمساك والألم معًا.

- لیناکلوتاید (Linaclotide): من منشطات مستقبلات الغوانيلات (GC-C agonists)، تؤدي إلى زيادة إفراز الكلوريد والماء داخل القولون وتحسين الألم. الجرعة: 290 مغ مرة واحدة يومياً قبل الطعام. قد يسبب إسهالاً ملحوظاً لدى بعض المرضى.
- بروسيروتيد: مشابه في آلية عمله لليناكلوتايد عبر تنشيط مستقبلات GC-C. الجرعة: 3 مغ مرة واحدة يومياً. أكثر تحمّلاً لدى بعض المرضى مع خطر أقل للإسهال.
- لوبيبروستون (Lubiprostone): مُنشط لقنوات الكلوريد من النمط الثاني، يزيد إفراز السوائل ويحسن العبور المعوي. الجرعة: 8 مغ مرتين يومياً. يُفضل تناوله مع الطعام لتقليل الغثيان.

4. مضادات التشنج (للألم أكثر من الإمساك)

**رابعاً: الفئة الموجَّهة لعلاج الألم المزمن واضطراب الإحساس الحشوي:**

في جميع مرضى متلازمة القولون العصبي يكون الألم المستمر هو العَرَض الأكثر إزعاجاً، وتحتاج السيطرة عليه إلى أدوية تؤثر في نقل الإشارات العصبية من القناة الهضمية.

1. مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (Tricyclic Antidepressants – TCAs)

تعدّل الإحساس الحشوي (Visceral pain modulation)و تهدّئ محور الدماغ–الأمعاء، مما يجعلها مفيدة خصوصاً للألم المرافق مع متلازمة القولون العصبي.

مثل أميتربتلين (Amitriptyline) أو إيميبرامين (Imipramine). جرعاتها منخفضة عادة مقارنة بالجرعات المستخدمة لعلاج الاكتئاب. الجرعة: 10–25 مغ ليلاً، ويمكن زيادتها تدريجياً إلى 50 مغ حسب التحمل.

2. مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs)

مثل سيرترالين (Sertraline) وفلوكسيتين (Fluoxetine). تُستخدم بشكل أساسي عند المرضى الذين يغلب عليهم الإمساك أو عند وجود أعراض نفسية مرافقة. الجرعات تكون علاجية كاملة كما في اضطرابات المزاج.

الأدوية السابقة مشتركة في كل أنواع متلازمة القولون العصبي: لأن: الألم عنصر مشترك في جميع أشكال IBS واضطراب الإحساس العصبي موجود بدرجات متفاوتة

**خامساً: العلاجات الحيوية والفيزيولوجية المساندة**

1. البروبيوتيك

توصي بعض الهيئات باستخدامها لفترات تجريبية بين 4–12 أسبوعاً. تفيد في حالات معيّنة، ولا تفعل الكثير (وأحيانًا تزعج) في حالات أخرى.

الفكرة الأساسية: نحن لا "نضيف بكتيريا" فقط، بل نحاول إعادة توازن نظام بيئي عصبي-مناعي معقّد. تُستخدم البروبيوتيك في متلازمة القولون حسب نوعها:

- ✓ IBS مع انتفاخ وغازات تكون الاستفادة أوضح
- ✓ IBS مع إسهال (IBS-D) تكون قد تقلل الإسهال والانتفاخ
- ✓ IBS مع إمساك (IBS-C) تكون الفائدة أقل وثانوية

أكثر السلالات التي أظهرت فائدة:

- ✓ Bifidobacterium infantis
- ✓ Lactobacillus plantarum

وتكون الفائدة على الانتفاخ والألم أكثر من عدد مرات التبرز.

**الدور السريري لصيدلاني المجتمع**

يقع على عاتق الصيدلاني تقييم الصورة السريرية العامة بما يشمل نمط البراز، وتكرار الألم، والعوامل المحفزة، ومعايير الخطورة التي تتطلب إحالة للطبيب مثل وجود نزف شرجي، فقدان وزن غير مفسَّر، فقر دم، أو بدء الأعراض بعد عمر الخمسين.

كما يتطلب الدور السريري مراجعة تداخلات الأدوية الشائعة. وتقديم الإرشاد الغذائي ضمن التوصيات المهنية، لا سيما فيما يتعلق بتقليل الفودماب عالية التخمر، وتنظيم الوجبات، وتشجيع النشاط البدني.

متلازمة القولون العصبي حالة متعددة العوامل تتطلب نهجاً علاجياً متكاملًا يجمع بين التثقيف، والتعديل السلوكي، والخيارات الدوائية الموجَّهة حسب النمط السريرية. الدور الذي يؤديه صيدلاني المجتمع يُعد محورياً في تحسين جودة حياة المرضى، عبر التقييم الأولي للأعراض، وتوجيه العلاج الأنسب، ومراقبة الأمان الدوائي، وتعزيز الالتزام بالعلاج.

تطور المعرفة حول المتلازمة مستمر، ومعه تتوسع الخيارات العلاجية المعتمدة، الأمر الذي يجعل من تحديث المعلومات العلمية مهارة أساسية لدى العاملين في صيدلة المجتمع لضمان تقديم رعاية دوائية عالية المستوى.


inprotected.com