

آنچه لازم است در مورد بیماریهای التهابی مزمن روده بدانیم:

نویسنده: صدیقه عاصمی عضو هیأت علمی
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم
پزشکی ایران

روده‌ای که ممکن است این بیماریها را همراهی کند مثل التهاب مفاصل و التهاب مجاری صفراوی. با توجه به این نکته که داروهای سرکوب‌کننده ایمنی (گلوکوکورتیکوها) در درمان بیماری مؤثر است نظریه ایمونولوژیک را قوت می‌بخشد. اگرچه دانشمندان اخیراً ژنهای مارک‌داری را که عامل بیماری هستند یافته‌اند. در بروز این دو بیماری عوامل تشخیصی بسیار بااهمیت تلقی شده‌است، بطوری که در کتابهای مرجع روانشناسی جزء بیماریهای روان‌تنی طبقه‌بندی گردیده‌است. شیوع این دو بیماری بین ۱۰-۴ درصد تخمین زده می‌شود و هرسال حدود ۲۵ هزار مورد بیماری جدید تشخیص داده می‌شود. هردو بیماری با دوره‌های تشدید و تخفیف مشخص می‌شود و هردو با جمود مفصلی^(۴) و آنتی‌ژن (اچ - ال - ا - بی^(۲۷))^(۵) همراه هستند.

بیماریهای التهابی^(۱) روده اصطلاحی عمومی برای گروهی از بیماریهای آماسی مزمن با علت ناشناخته است که دستگاه گوارش را گرفتار می‌کند. تشخیص این بیماریها بوسیله رد بیماریهای دیگر امکان‌پذیر است زیرا تستهای تشخیصی خاصی وجود ندارد. با وجود این نماهای این بیماریها به آن اندازه اختصاصی می‌باشد که در اکثر موارد تشخیص دقیق را میسر می‌کند. بیماریهای التهابی روده را می‌توان به دو گروه بزرگ کولیت^(۲) اولسراتیو و بیماری کرون^(۳) تقسیم کرد. ملاحظات همه‌گیرشناسی و علت‌شناسی کولیت اولسراتیو و بیماری کرون با یکدیگر موارد اشتراک متعددی دارند و لازم است همراه یکدیگر مورد بحث قرار گیرند. این بیماریها در سفیدپوستان نسبت به سیاه‌پوستان و افراد نژاد شرقی شایعتر است. در افراد یهودی ۳ تا ۶ برابر بیشتر از سایرین می‌باشد و هر دو جنس به یک اندازه دچار می‌شوند. گرچه اوج شیوع هر دو بیماری بین ۳۵-۱۵ سال است ولی در هر دوره از عمر گزارش شده‌اند. در مورد وقوع فامیلی بیماریهای التهابی روده، گزارش و برآورد شده‌است که ۵-۲٪ افراد مبتلا یک یا چند خویشاوند مبتلا داشته‌اند. براساس تحقیقات برای پیدایش این دو بیماری مجموعه‌ای از عوامل ژنتیک، ایمونولوژیک، عفونی، روانی و تماس با بعضی مواد دخالت دارند. این مواد شامل حشره‌کشها، افزودنیهای خوراکی، دخانیات، مصرف قرصهای خوراکی ضد بارداری، و تماس با اشعه یونیزان می‌باشد. تظاهرات خارج

پاتوفیزیولوژی: کولیت اولسراتیو بیماری مزمن التهابی است که رکتوم و سمت چپ روده بزرگ را فقط در لایه مخاط و زیرمخاط گرفتار می‌کند. ممکن است تمام روده بزرگ گرفتار شود. ضایعات سطحی ولی منتشر بوده و نواحی بینابینی سالم وجود ندارد. در اکثر موارد ناحیه مقعد گرفتار می‌باشد و خونریزی در آن علامت شایعی بوده‌است. اسهال و کرامپ شکم شدید و سیر بالینی بصورت عود و تسکین می‌باشد. در ۱۵-۱۰٪ موارد خطر بدخیمی وجود دارد.

- 1- Inflammatory bowel disease (IBD)
- 2- ulcerative colitis
- 3- Crohn's disease
- 4- ankylosing spondylitis
- 5- HLAB 27 (Human-Leukocyte-Antigen B 27)

اسکیپ^(۱) گفته می‌شود. گرفتاری نواحی اطراف مقعد شایع‌تر از کولیت اولسروز است، ولی گرفتاری رکتوم شیوع کمتری از کولیت اولسراتیو دارد. سیر بیماری به تدریج پیشرفت می‌کند و خطر سرطانی شدن کم است. جدول زیر مقایسه‌ای است از آنژییت رژیونال (بیماری کرون و کولیت اولسراتیو).

بیماری کرون نیز بیماری التهابی مزمنی است که تمام لایه‌های روده، مزانتر و غدد لنفاوی موضعی بخش ایلئوم روده کوچک و سمت راست روده بزرگ را درگیر می‌کند ولی در مناطق التهاب، نواحی بینابینی کاملاً سالم وجود دارد. به این مناطق سالم مناطق

کولیت اولسراتیو، مخاطی	آنژییت رژیونال (بیماری کرون) ترانس مورال	
فقط کولن و رکتوم (بیشتر سمت چپ کولن)	ایلئوم و سمت راست کولن	محل بروز در روده
فقط لایه مخاط و زیر مخاط	تمام لایه‌های روده، مزانتر و غدد لنفاوی موضعی	عمق بافت درگیر
عود و تسکین	به تدریج پیشرونده	سیر بالینی
نواحی بینابینی مخاط طبیعی در آن وجود ندارد.	با پیشرفت بیماری، روده بزرگ حالت قله‌سنگی پیدا می‌کند که ناشی از کلفتی زیر مخاط و زخمی شدن مخاط است	ظاهر کولن
گرفتاری متشتر	نواحی بینابینی کاملاً سالم دیده می‌شود	خونریزی
خونریزی شدید و شایع است و خون روشن می‌باشد	معمولاً وجود ندارد ولی ممکن است بصورت ملنا دیده‌شود	اسهال
شدید	چندان شدید نیست	گرفتاری رکتوم
حدود ۲۰٪	تقریباً ۱۰۰٪	گرفتاری نواحی اطراف مقعد
شایع	نادر و خفیف	خصوصیات روانی
دارای صفت وسواس هستند	افراد وابسته، منفی‌گرا، کمال‌طلب، مضطرب در درخواست و داشتن رفتارهای نامناسب سازگاری (انزوا، انکار، واپس‌زدن)	سرطانی شدن
در ۱۰ تا ۱۵٪ مبتلایان سرطانی می‌شود	کم است	حوارض سیستمیک
پیلونفریت، سرطان مجاری صفراوی، پری کلانژییت، ضایعات پوستی، التهاب شبکیه، التهاب حنیه، چماقی شدن انگشتان	هیدرونفروز در کلیه سمت راست، سنگهای صفراوی، سنگهای کلیوی، التهاب شبکیه، التهاب حنیه، چماقی شدن انگشتان، ضایعات پوستی	

تظاهرات بالینی

در آنژییت رژیونال (بیماری کرون): تب، درد شکم، اسهال بدون خون و خستگی عمومی، کاهش وزن، وجود شقاق، آبه دور رکتوم، فیستول، وجود دردهای کولیکی و کرامپی نشان‌دهنده درجاتی از تنگی معجری روده است. حساسیت ربع راست و پائین شکم، آنمی خفیف، لکوسیتوز خفیف، متوسط و افزایش میزان سدیماناسیون، هیپوکالمی، کم شدن صداهای

روده‌ای، استاتوره، ملنا، التهاب و زخمی بودن روده در رکتوسکپی و وجود آبه، فیستول، شقاق در مشاهده مستقیم اطراف مقعد. در بعضی از بیماران انسداد روده اولین علامت بیماری می‌باشد.

در کولیت اولسراتیو، اسهال خونی، درد شکم همراه تب و کاهش وزن، مدفوع آبکی حاوی خون و

هیستولیتیکا در مدفوع اهمیت دارد. در زمان وقوع تکرار اسهال الکترولیتهای سرم نیر دستخوش تغییرات شده و غالباً کاهش می یابند.

درمان

هدف درمان در هر دو بیماری کاهش التهاب، سرکوب پاسخهای نامناسب ایمنی و استراحت دادن به روده ها و جایگزینی مواد از دست رفته غذایی است. در موارد ابتدایی و بدون عارضه درمان طبی و در مراحل پیشرفته و بروز عوارض خاص و لاعلاج بودن بیماری درمان جراحی ضرورت می یابد. درمان طبی شامل رعایت موارد زیر است:

۱- تصحیح آب و الکترولیت ها، تزریق خون در آنمی ها.

۲- استفاده از دی فنوکسیلات، لوپرامید، کودتین و آنتی کلی نرژیکها. برای کنترل اسهال، ید با احتیاط مصرف شود زیرا خطر اتساع کولون و مگا کولن سمی وجود دارد.

۳- در بیمارانی که مصرف غذا سبب افزایش تحریک روده ها می شود ندادن مواد غذایی از راه دهان بیمار و شروع مایعات کامل وریدی تحت ترقوه از راه ورید و در مواردی که بیمار می تواند غذا را تحمل کند استفاده از غذاهای کم حجم، کم باقی مانده، پر پروتئین، پروتئین، کم چرب و لاکتوز محدود و باب میل بیمار، پرهیز از غذاهای سرد و کشیدن سیگار.

۴- داروهای اصلی مورد استفاده شامل مواد ضد آماسی، سولفات سالازین (آزالفیدین) و گلوکوکورتیکوئیدهای آدرنال یا آ-ت-ت، هاش (۲) می باشد. سولفات سالازین از یک قسمت سولفونامید (سولفاپیریدین) که به صورت شیمیایی به یک

چرک، کرامپهای شدید و علائم کم آبی، آنمی، کاهش وزن با درگیری رکتوم وجود دارد. ممکن است به جای اسهال یبوست عارض شود.

در معاینه شکم، اتساع و حساسیت در مسیر کولون موجود می باشد. تظاهرات خارج کولونی شامل آرتریت، تغییرات پوستی یا شواهد بیماری کبدی می باشد. یافته های آزمایشگاهی غیر اختصاصی هستند. آنمی، لکوسیتوز، افزایش سدیمانتاسیون هیپوکالمی، هیپوآلبومینمی، افزایش فسفاتاز آلکالن، عود بیماری بعد از یکسال.

ارزیابی تشخیصی: مطالعات پرتونگاری بخش فوقانی دستگاه گوارش در بیماری کرون تشخیص قطعی را نشان می دهد زیرا نشانه ریسمان (۱) بدلیل تنگ شدن قسمتی از روده قابل مشاهده است. انجام رکتوسکپی، آزمایش مدفوع از نظر خون مخفی، استاتوره مثبت (به دلیل کاهش نمکهای صفراوی و آسیب مخاطی) و در آزمایش خون لکوسیتوز، افزایش سرعت رسوب گلبولهای قرمز و آنمی ماکروستیک ناشی از بدی جذب ویتامین ۱۲ (زیرا ویتامین ۱۲ در ایلئوم جذب می شود) مشهود است. در زمان اسهال اختلالات الکترولیتی نیز (هیپوکالمی و هیپومینیمی) رخ می دهد. هیپوکالمی نشان دهنده گرفتاری وسیع مخاط و سوء جذب ویتامین D است. افزایش فسفاتاز آلکالن سرم منعکس کننده کبد چرب و وقوع التهاب مجاری صفراوی می باشد. در توموگرافی کامپیوتری وجود قوسهای ضخیم شده دارای ارزش می باشند.

در کولیت اولسراتیو یافته های تشخیصی شامل از بین رفتن طرح مخاط در عکسبرداری، اریتم منتشر، شکنندگی مخاط در آندوسکپی و غالباً وجود آگزودا به صورت موکوس و خون و چرک در مدفوع است. علائم آزمایشگاهی شامل آنمی، هیپوکالمی، افزایش سرعت رسوب گلبولهای قرمز، کاهش آلبومین، ترومبوسیتوز، افزایش آلکالین فسفاتاز و لکوسیتوز می باشد و جهت تشخیص کولیت اولسراتیو در آزمایش مدفوع رد آمیب

1- String sign (در عکسبرداری روده ها نمای ریسمان پیدا می کند)

2- A.C.T.H

سالهای زندگی آنها را مبتلا کرده است بسیار در رنج اند. کمک و مشاوره با روانپزشک کمکی است در جهت سازگاری بیمار در مقابله با مشکلات زندگی.

۶- مداخلات جراحی: در صورت بروز عوارضی چون پارگی کولن، خونریزی وافر، علائم بروز تنگی و انسداد و نشانه‌های تولید سرطان، ایجاد فیستولهایی به مثانه، واژن یا پوست، بیماری مقعدی و آبسه‌های داخل شکمی جراحی ضرورت می‌یابد. اعمال جراحی متداول عبارتند از ۱- استریکچر^(۱) و پلاستی (برش در طول عمودی روده و بخیه زدن محل برش به شکل عرضی) که به این ترتیب قطر روده در ناحیه تنگی افزایش می‌یابد.

۲- کلستومی توتال^(۲)

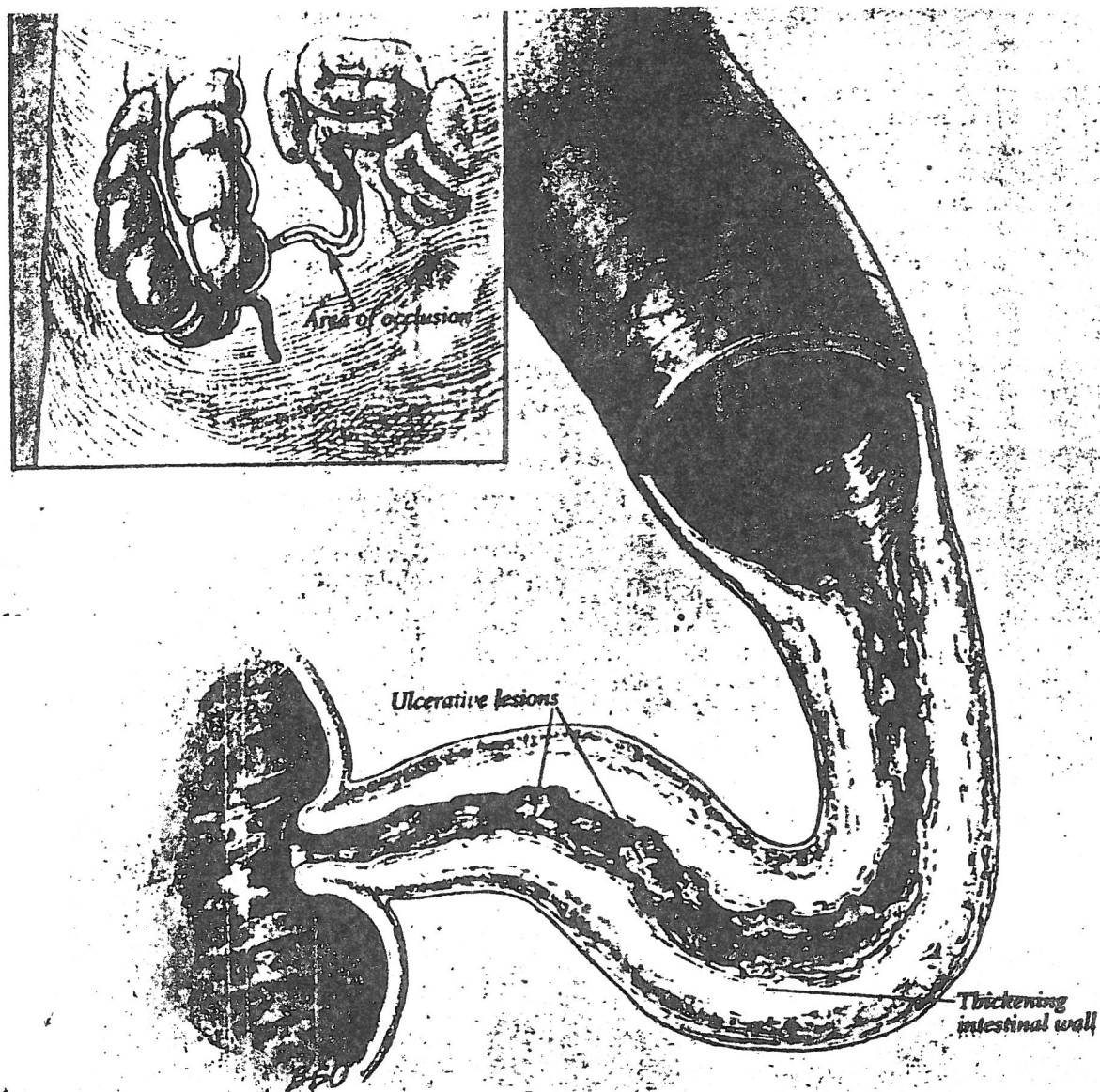
۳- ایلئوستومی^(۳) با استومای روی شکم

۴- پیوند مخزن ایلئوم به مقعد یا روی شکم (روش کک^(۴))

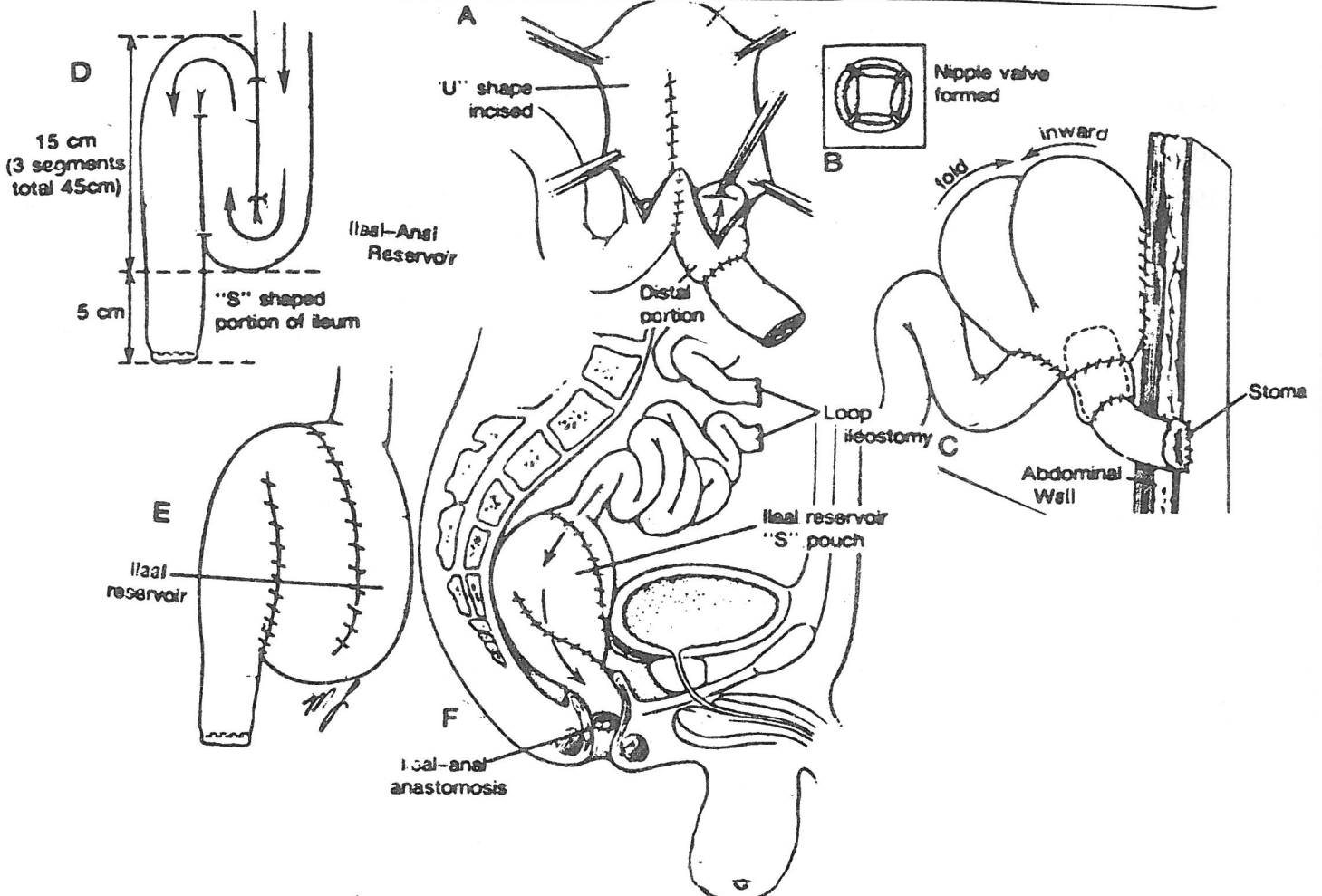
سالیسیلات متصل شده است تشکیل می‌شود. این ماده در کولون توسط باکتریها تجزیه می‌شود و سولفاپیریدین آزاد شده بصورت فعال جذب شده و از طریق ادرار دفع می‌شود. سالیسیلات موجود در دارو اثر خود را از راه مهار سنتز پروستاگلاندینها اعمال می‌کند. پردنیزولون به صورت خوراکی (۴۵-۶۰ میلی‌گرم روزانه) و از سوی دیگر آ-ت-ت، هاش داخل وریدی (۴۰-۶۰ واحد) بصورت انفوزیون ۸ ساعته تجویز می‌شود. در بیمار بسیار بدحال استفاده از گلوکوکورتیکوئیدها بصورت تزریقی (هیدروکورتیزون داخل وریدی ۴۰۰-۳۰۰ میلی‌گرم در روز) نسبت به جذب خوراکی کافی ترجیح داده می‌شود و پس از بهبودی نسبی استروئیدها بتدریج کاهش و پردنیزون خوراکی با دوز پائین ادامه می‌یابد.

۵- روان درمانی: این بیماران غالباً جوانان باهوشی هستند و اغلب از اینکه بیماری در طول سازنده‌ترین

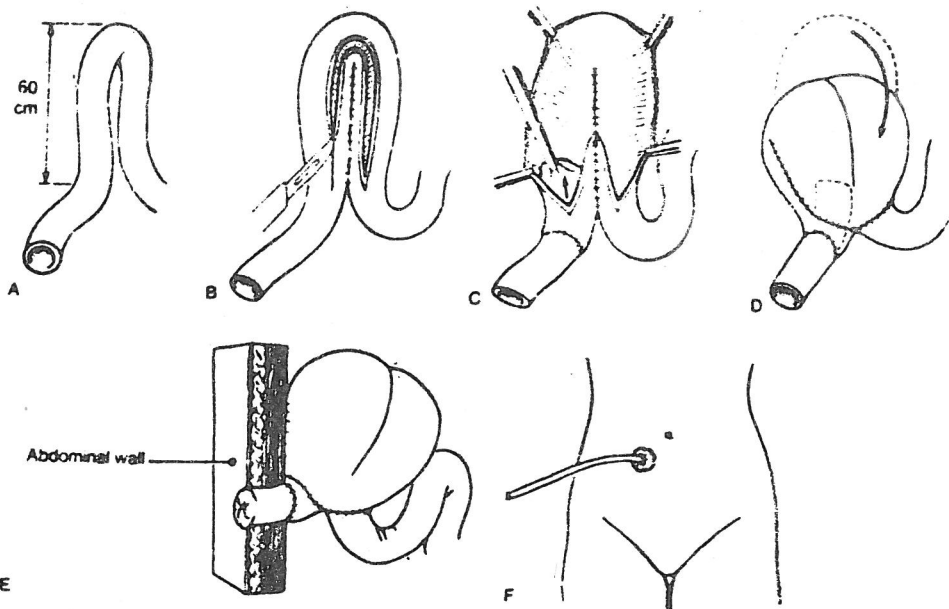
- 1- Stricture plasty
- 2- Total colostomy
- 3- Ileostomy
- 4- Koch pouch



بیماری کرون یک بیماری جدی التهابی روده‌ای است که بیشتر روده باریک را گرفتار می‌سازد، انسداد مجرای روده به دلیل باریک شدن آن بر اثر التهاب گزارش شده‌است، این انسداد در ناحیه ایلئوسکال شایع‌تر است



روش کک پاچ و پیوند مخزن به دیواره شکم و اسفنکتر آنال



شکل بالا نحوه جراحی کک پاچ جهت ایجاد مخزن در زیر پوست شکم را نشان می دهد. جمع شدن مدفوع مایع در بیمارانی که تمام کولونشان برداشته شده است در این مخزن امکان پذیر است

منابع

4- Doughty, Dorothy. "What you need to know about Inflammatory Bowel Disease". AJN. July 1994 pp: 25-28.

- ۱- طب داخلی هاریسون. بیماری‌های گوارش. ترجمه دکتر ناصر بینافر. تهران: انتشارات چهر، ۱۳۷۰،
- ۲- برونروسودارت. پرستاری داخلی جراحی دستگاه گوارش. ترجمه مرتضی دلاورخان و پروانه پیشه بان. تهران: نشر بشری. ۱۳۷۲.
- ۳- شواتز. بیماریهای دستگاه گوارش. ترجمه دکتر ناصر عزتی. تهران: مؤسسه تحقیقاتی و انتشاراتی ذوقی. جلد اول، ۱۳۶۸.

Whatever we should know about inflammatory bowel diseases

Asemi, S.

Inflammatory bowel diseases are a general term for a group of chronic inflammatory diseases with unknown etiology that involve gastrointestinal system. The diagnosis of these diseases is possible with rule out of other diseases because there are not special diagnostic tests for them. Nevertheless, clinical feature of these diseases are very specific and in most cases definite diagnosis are possible. Inflammatory bowel diseases are divided in two grand groups: ulcerative colitis and crohn's disease. Epidemiologic and etiologic background of these two groups is similar and must be discussed together. These diseases are most prevalent in Caucasians and Asian race people. Also, these diseases in Jewish people are three to sixth time more than the others and in two genders are equal.

Key words: Inflammatory bowel diseases, Ulcerative colitis, Crohn's disease