

اضطرابات الجهاز الهضمي في الحمل

Gastrointestinal Disorders

التغيرات الفيزيولوجية في الحمل

- ينخفض الضغط في الجزء السفلي من المري
- تنقص الحركات الحوية المعدية والمعوية ويتأخر الإفراغ المعدي ويزداد زمن المرور في الأمعاء الدقيقة والغليظة.
- تنقص معدلات الألبومين والبروتين الكلي في المصل بنسبة ٢٠-٤٠% بسبب تمدد حجم الدم الكلي.
- يزداد تركيز الفوسفاتاز القلوية أكثر من الضعف نتيجة انتاجه من قبل المشيمة.
- تنقص مستويات ALT وAST.
- لا تتغير تراكيز انزيمات الكبد الأخرى بشكل كبير ولا يحدث تغير مهم في تركيز البيلروبين خلال الحمل الطبيعي.

Table 15.1 Normal ranges for liver enzymes in non-pregnant and pregnant women

Liver enzyme	Non-pregnant	First trimester	Second trimester	Third trimester
AST (IU/L)	7-40	10-28	10-29	11-30
ALT (IU/L)	0-40	6-32	6-32	6-32
Bilirubin (μmol/L)	0-17	4-16	3-13	3-14
γ-Glutamyl transferase (γ GT) (IU/L)	11-50	5-37	5-43	3-41
Alkaline phosphatase (IU/L)	30-130	32-100	43-135	133-418

الغثيان والاقیاء و الاقياءات الحملية الشديدة

NAUSEA, VOMITING AND HYPEREMESIS

الغثيان والقياء عرضان شائعان في بواكير الحمل. يصيبان حوالي ٥٠% من الحوامل. تبدأ الأعراض عادة بشكل مبكر في الثلث الأول من الحمل، حول الأسبوع ٥-٦ من الحمل وتختفي عادة خلال الثلث الثاني من الحمل. وتكثر الاقياءات الحملية عند الخروسات وفي الحمول المتعددة وفي أمراض الطبقة المغذية، وتميل للتكرر في الحمول اللاحقة.

أما قيءات الحمل الشديدة Hyperemesis فأقل شيوعاً لكنها تسبب مراضة أكثر وقد تصبح خطيرة إن عولجت غير مناسب.

يصبح الغثيان والقيء في الحمل اقياءات حملية شديدة إن لم تستطع الحامل المحافظة على تغذية وإمالة كافية بسبب شدة الأعراض أو طول مدتها. ويترافق مع نقص وزن واضح، وضمور عضلي، وأجسام كيتونية في البول، وتجفاف واضطرابات شوارد (نقص بوتاسيوم الدم وقلاء استقلابي بنقص كلور الدم metabolic hypochloraemic alkalosis).

والإلعاب ptyalism (عدم القدرة على بلع اللعاب) عرض شائع.

تشمل المخاطر التي ترافق قيءات الحمل الشديدة تحدد نمو الجنين، نقص الصوديوم عند الأم مسبباً تحلل الميلين pontine myelinolysis، وعوز الثيامين الذي يسبب اعتلال دماغي Wernicke's encephalopathy (أعراض عصبية بسبب استنفاد مخازن فيتامين B وخاصة الثيامين (فيتامين B1))

تشمل واسمات شدة الاقياءات الحملية: نقص الوزن $< 10\%$ ، وظائف الدرق غير طبيعية حيث يرتفع free T₄ وينخفض TSH، وتحاليل وظائف الكبد غير طبيعية حيث ترتفع الترانسامينات.

إن الأسباب المسؤولة عن الغثيان والقيء خلال الحمل غير مفهومة بشكل جيد. وتشمل النظريات المقترحة

١. الاضطرابات النفسية
٢. التغيرات الهرمونية كالمستويات العالية من hCG and estradiol
٣. اضطراب النظم المعدي
٤. الحدة المفرطة للجهاز الشمي hyperacuity
٥. اضطرابات دهليزية تحت سريرية
٦. فشل أكسدة الحموض الدسمة في الميتوكوندريا.

التدبير:

❖ نفي الأسباب الأخرى للغثيان والقيء

- انتان المجاري البولية
- ارتفاع كالسيوم الدم
- داء اديسون
- الانسمام الدريقي
- التهاب المرارة.

❖ إيكوغرافي للرحم لنفي الحمل المتعدد والرحى العنقارية.

❖ **إمالة جيدة؛** بسبيروم ملحي ٠,٩% مع اضافة كلور البوتاسيوم بكمية كافية لتصحيح الشوارد. **ويجب تجنب السوائل التي تحتوي الدكستروز ماعدا في مريضات الداء السكري،** فقد تسرع التراكم العالي من الدكستروز اعتلال الدماغ Wernicke's الذي يمكن الوقاية منه بإعطاء الثيامين فمويًا أو وريديًا.

❖ **مضادات الاقياء** كلها آمنة وتصنف بين (A, C) وتعطى بحرية.

قد تحتاج المصابات بإقياءات الحمل الشديدة لجرعات حقنية بشكل منتظم وبأكثر من مضاد قيء واحد للسيطرة على الأعراض.

❖ يمكن تجربة الأونداسيترون ondansetron أو الستيروئيدات القشرية للمصابات بإقياءات الحمل الشديدة اللواتي لا يتحسنن بالمعالجة التقليدية بالسوائل الوريدية والشوارد ومضادات الاقياء المنتظمة.

❖ قد يثير اعطاء الحديد الغثيان والقيء، ويجب تأجيله لحين توقف الأعراض.

مضادات الاقياء:

(١) Cyclizine 50 mg po/im/iv tds

(٢) Promethazine 25 mg po nocte

(٣) Stemetil 5 mg po tds; 12.5 mg im/iv tds

(٤) Metoclopramide 10 mg po/im/iv tds

(٥) Domperidone 10 mg po qds; 30-60 mg pr tds

(٦) Chlorpromazine 10-25 mg po; 25 mg im tds

(٧) Ondansetron 4-8mg po/iv

القلس المعدي المريئي (GERD)

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

يحدث القلس المعدي المريئي في ٧٠% من الحوامل، خاصة في الثلث الأخير من الحمل. ويعود إلى زيادة الجزر بسبب انخفاض الضغط في الجزء السفلي من المري ونقص الحركات الحوية المعدية وتأخر إفراغ المعدة؛ وبسبب كبر الرحم.

الأعراض الرئيسية:

حس انزعاج خلف القص يتفاقم بالوجبات والاستلقاء، وحرقة معدة. إذ يسبب قلص الحمض أو محتويات المعدة إلى المري التهاب مخاطية المري مما يؤدي إلى الألم والاندفاع المائي (water brash) الذي تصفه المريضة على أنه امتلاء الفم المفاجئ بمواد مائية رائحة ذات طعم مالح تترافق مع إحساس بالغثيان وعسرة الهضم. وقد يحصل قيء دموي أحياناً.

المعالجة: عادة عرضية.

📌 التنظير الهضمي غير مستطب ما لم يحصل نزف هضمي معتبر.

📌 وتُعطى المريضة التعليمات لتجنب المثبرات الغذائية والامتناع عن تناول وجبات كبيرة ومتأخرة، وتجنب وضعية الاضطجاع، خصوصاً بعد وجبات الطعام. واستخدام وسادة إضافية لرفع الرأس عند النوم.

📌 تساعد مضادات الحموضة ويجب أن تؤخذ بعد الطعام بـ ١-٣ ساعات ووقت النوم.

مضادات الحموضة: آمنة في الحمل وتُستعمل بحرية.

- 🌟 المستحضرات السائلة أكثر فعالية ويجب أن تستعمل للوقاية من الأعراض وعلاجها.
- 🌟 قد تسبب مضادات الحموضة الحاوية على الألمنيوم الإمساك، وقد تسبب مضادات الحموضة الحاوية على المغنيزيوم الإسهال.
- 🌟 يزيد الميتكلوبراميد الضغط في الجزء السفلي من المري ويسرّع إفراغ المعدة، وقد يساعد في التخلص من القلس.
- 🌟 يجب تجنب الأدوية التي تحتوي البزموت أو البيكربونات بسبب احتمال تسمم الجنين.
- 🌟 Sucralfate (سلفات سكروز الألمنيوم) آمن ومفيد في الحمل لتخفيف الأعراض؛ امتصاصه ضعيف ولا سمية جنينية له.
- 🌟 تستطب حاصرات H_2 (السيمتدين والرانتيدين)، إذا لم تحصل استجابة بالاجراءات السابقة. وهي آمنة على الجنين طيلة الحمل
- 🌟 مثبطات مضخة البروتون أكثر قوة في تثبيط إفراز الحمض المعدي مثل (الأومبرازول) ويُحتفظ به لعلاج التهاب المري القلبي الذي فشلت معه حاصرات H_2
- 🌟 ينصح بتجنب مثبطات مضخة البروتون في الارضاع لعدم وجود معلومات كافية عن سلامتها هنا.

القرحة الهضمية PEPTIC ULCER

يشكل الحمل حماية نسبية ضد تطور القرحة الهضمية، ويمكن أن يترافق بتحسن القرحة الموجودة مسبقاً.

يعتمد **التشخيص**: بشكل أساسي على التحسن العرضي/استجابة للمعالجة المحافظة. ويُحتفظ بالتنظير للمريضات اللواتي لا يستجبن للمعالجة، ويراجعن بأعراض هضمية شديدة، أو يعانين من نزف هضمي غزير.

المعالجة:

١. تجنب الكافيين، التدخين، التبغ، الطعام الحريف.
٢. مضادات حموضة، مضادات مستقبلات H_2 أو مثبطات مضخة البروتون
٣. التخلي عن أي مضاد التهاب لا ستيرويدي
٤. تستطب المعالجة بالصادات في جميع مرضى القرحة الذين لديهم خمج بالملوية البوابية *Helicobacter pylori*، ولكن بعد الولادة عادة.

الامساك CONSTIPATION

- عرض شائع في الحمل الطبيعي، ربما بسبب نقص حركة الكولون؛ وضعف الحمية المرافق للغثيان والقيء، التجفاف؛ وقد تفاقم المسكنات الأفيونية ومركبات الحديد الإمساك.
- يشمل التدبير الإكثار من السوائل والحمية الغنية بالألياف. وقد يساعد الإيقاف المؤقت لمستحضرات الحديد الفموية في حل المشكلة.
- يجب أن تستعمل الملينات فقط إذا فشلت الإجراءات السابقة؛ فالميلينات الأوزمولية Osmotic كالاكتوز وهيدروكلورايد المغنيزيوم آمنة، وكذلك الميلينات التحريضية Stimulant كتحاميل الغليسيرول وحبوب السنا senna آمنة أيضاً في الحمل.

الركود الصفراوي داخل الكبد في الحمل Obstetric cholestasis

- تمثل هذه الحالة الاضطراب الكبدي الأكثر شيوعاً والنوعي للحمل. وعلى الرغم من أن إمرضيه (ICP) غير معلومة إلا أن هناك بعض الميزات الواهمة:
١. الركود والحكة المعمة وخاصة في الراحتين والأخمصين في الثلث الأخير من الحمل حوالي الأسبوع ٣٠-٣٢ من الحمل مع شذوذ وظائف الكبد.
 ٢. الميل لتكرر الحالة مع كل حمل.
 ٣. يترافق مع حبوب منع الحمل ومع الحمل المتعددة.
 ٤. مسارها سليم حيث لا يتسبب عادة بأية عقابيل كبدية أو والدية.

٥. زيادة نسبة تخضب السائل الأمنيوسي بالعقي وموت الجنين.

الأسباب :

السبب غير معروف، لكنه يتعلق بتأهب وراثي (فثلث المريضات لديهن قصة عائلية) لتأثير ركودي صفراوي للاستروجينات.

وتتوافق الحالة مع استخدام البروجيستيرون الطبيعي للوقاية من الولادة المبكرة في كثير من الأحيان

الأعراض:

العرض الرئيسي هو الحكة، يمكن أن تحدث بدءاً من الأسبوع ٢٠؛ بدون ألم بطني أو اندفاعات جلدية. ونادراً ما يشاهد اليرقان ويكون بسيطاً، وقد يكون البول غامقاً والبراز باهتاً، وقد تعاني المريضة من اسهال دهني وتعب عام.

التشخيص التفريقي:

١. التهاب الكبد الفيروسي الحاد او المزمن
٢. أمراض المرارة (انسداد كبدي خارجي بحصيات المرارة)
٣. تشمع كبدي صفراوي بدئي (PBC) primary biliary cirrhosis
٤. التهاب كبد مزمن فعال (CAH) chronic active hepatitis

الاختلاطات:

- ① نزف خلاص (متعلق بعوز فيتامين K التالي لسوء امتصاص الدهون)
- ② الولادة المبكرة
- ③ تخضب السائل الأمنيوسي بالعقي
- ④ تألم الجنين (اضطرابات CTG) في المخاض
- ⑤ وموت الجنين داخل الرحم نادراً؛ يزداد خطر موت الجنين داخل الرحم كلما اقترب الحمل من تمامه أو تجاوز تمامه لكنه غير مرتبط لا بالأعراض ولا بالترانسأميناز، وإنما مرتبط بمستويات الحموض الصفراوية.

✱ سبب التأثيرات الجانبية على الجنين غير معلوم.

التدبير:

☑ مراقبة وظائف الكبد وأزمنة التخثر بشكل منتظم.

✓ لا حاجة للتبكير بالولادة عند الأسبوع ٣٧-٣٨ من الحمل ما لم تتجاوز الحموض الصفراوية ٤٠ ميكرومول/ليتر.

✓ يجب اعطاء فيتامين K للأم (١٠مغ يومياً عن طريق الفم) إذا اختل التخثر للتقليل من خطر الإصابة بنزف الخلاص

✓ لا توجد طريقة نوعية يمكن النصح بها لترصد الجنين للتنبؤ باختلاطات الجنين في المصابات بالركود الصفراوي الكبدي الحولي. لكن هذه المراقبات قد تخدم في تطمين المريضة، ونادراً ما تستطب الولادة قبل الأسبوع ٣٧ من الحمل اعتماداً على هذه المراقبات.

✓ يمكن السيطرة على الأعراض بمشاركة مضادات الهيستامين والمُطْرِيات emollients و Ursodeoxycholic acid (UDCA) ؛ ويؤدي هذا الدواء عادة إلى نقص سريع في اختبارات وظائف الكبد والحكة دون أن ينقص الخطر على الجنين.

✓ تعود اختبارات وظائف الكبد إلى الطبيعي بعد الولادة ولا أذية دائمة على كبد الأم.

✓ قد تعود الأعراض مع الحيض (حكة دورية) أو مع مانعات الحمل الفموية الحاوية على الأستروجين لذلك يجب تجنبها.

✓ تفوق عودة الركود الصفراوي داخل الكبد في الحمل اللاحقة ٩٠%.

تشحم الكبد الحاد في الحمل ACUTE FATTY LIVER OF PREGNANCY

تشحم الكبد الحاد اختلاط نادر بالغ الخطورة يحدث في الثلث الأخير من الحمل؛ يترافق مع ارتشاح خلايا الكبد بحويصلات دهنية مجهرية منتشرة فتسبب قصور الكبد.

تبلغ وفيات الأمهات ٨٠% ووفيات الأجنة ٧٥%.

يتظاهر بألم بطني، غثيان وإقياء، يرقان مترقي بسرعة، وهياج؛ وارتفاع ضغط وبيلة بروتينية في حوالي ٥٠%، مما يثير الشك بوجود مقدمة ارتعاج مراقبة.

قد تُصاب المريضات باعتلال تخثر مع نزف داخل البطن، وسبات كبدي، وقصور كلوي.

التشخيص والاستقصاءات:

يوضع التشخيص اعتماداً على الموجودات السريرية المميزة والتحاليل المخبرية التالية:

١. زيادة زمن البروثرومبين وزمن الثرومبوبلاستين الجزئي

أمراض الجهاز الهضمي والكبد والحمل- د. محمد العجمي ٢٠١٩-٢٠٢٠

٢. زيادة البيليروبين وحمض البول مع ارتفاع معتدل في الترانس أميناز

٣. ارتفاع البولة والكرياتنين

٤. هبوط سكر الدم

يجب نفي الأسباب الأخرى لقصور الكبد وخاصة مقدمة الارتعاج مع HELLP syndrome

المعالجة:

- الولادة الفورية
- الاجراءات الداعمة كالسوائل الوريدية مع غلوكوز ١٠% لمكافحة التجفاف و هبوط سكر الدم الشديد.
- حال حدوث اعتلال التخثر يعالج بالبلازما الطازجة المجمدة والرسابة القرية والصفائح و كريات الدم الحمراء المحفوظة.

الإنذار:

إذا لم تمت المريضة فالشفاء تام دون عقابيل. ويمكن أن يعود المرض في الحمل اللاحقة

التهاب الكبد بالحمات الراشحة

تصاب الحامل بالتهاب الكبد الحاد (A,B,C,D,E) تماماً كما تصاب غير الحامل. وتعالج كما لو كانت غير حامل بالراحة التامة في المشفى والحمية الغذائية الجيدة وتعطى السوائل عن طريق الوريد إذا كان هناك اقياءات شديدة.

يتعرض الجنين غالباً لدخول الفيروس لدمه أثناء الحمل أو الولادة أو الارضاع وقد يبقى حاملاً للفيروس لمدة طويلة.

لا يجوز للحامل التي أصيبت بالتهاب الكبد أن ترضع وليدها لوجود الفيروس في حليبها وفي تشققات الثدي.

يجب أن يعطى الوليد الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد مع لقاح التهاب الكبد بعد الولادة، إذا كانت أمه مصابة.

ويعطى اللقاح للحوامل المعرضات لخطورة عالية للخمج بالتهاب الكبد B واللواتي يكون اختبار HBsAg لديهن سلبى. كما يعطى لقاح التهاب الكبد B لجميع الأطفال.

مع تمنياتي بالتوفيق للجميع

الدكتور محمد العجمي

mohamed.abajami@yahoo.com