مدرسة التهاب الأمعاء المناعي · 25 حلقة في كتاب واحد

دليل محارب الـ IBD

دليلك الكامل للتعايش مع مرض كرون والتهاب القولون التقرحي: من أول عَرَض، إلى التشخيص، إلى سيطرة تدوم سنين.

د. أحمد جلال

دكتوراة أمراض الباطنة – جامعة الإسكندرية

استشارى أمراض الجهاز الهضمى والكبد والمناظير التشخيصية والعلاجية

مركز د. أحمد جلال لأمراض الجهاز الهضمى والكبد والمناظير – ميامي، الإسكندرية

8 أبواب · 25 فصلًا + 6 مواضيع | فيديو لكل فصل | ملاحق عملية | مراجع علمية

تنبيه طبي مهم

هذا الدليل للتثقيف الصحي فقط، ولا يُغني عن استشارة طبيبك المعالج، ولا يصلح لتشخيص حالتك أو تحديد جرعة دوائك. حالة كل مريض مختلفة، والقرار العلاجي يُؤخذ مع طبيبك بناءً على تحاليلك ومنظارك. وإذا ظهرت عليك علامات الخطر، فالتوجه للطوارئ فورًا هو الإجراء الصحيح.

كيف تقرأ هذا الدليل؟

- **تشخيصك جديد؟** ابدأ من الباب الأول بالترتيب، ولا تقفز إلى فصول العلاج قبل أن تفهم المرض نفسه.
- **معك المرض من سنين؟** ابدأ بالفصل 9 عن «الشفاء المخاطي»، ثم الباب السابع عن الطوارئ واستدامة التعافي.
- **أنت أب أو أم أو مرافق؟** الفصول 18 و19 و20 و21 مكتوبة لك بقدر ما هي مكتوبة للمريض.
- **كل فصل** مُستخلَص من حلقة كاملة على يوتيوب، ورابط الحلقة في آخر الفصل: اقرأ الفصل، ثم شاهد الحلقة لمن يفضّل الشرح بالصوت والصورة.

المحتويات

ما الذي ستجده في هذا الكتاب

سبعة أبواب تمشي معك بالترتيب الذي تمشي به الرحلة نفسها، وباب ثامن للأسئلة العملية المتكررة.

الباب الأول · الصدمة الأولى وفكّ شفرة التشخيص

1. يعني إيه التهاب أمعاء مناعي؟
2. الأعراض.. وإمتى نقلق بجد؟
3. فكّ شفرة التشخيص: التحاليل والمنظار
4. قولون عصبي ولا التهاب مناعي؟

الباب الثاني · خريطة العلاج

5. خريطة الطريق: من الكورتيزون إلى البيولوجي
6. إحنا بنعالج إيه بالظبط؟ الشفاء المخاطي
7. العلاج البيولوجي: هل هو فعلًا بعبع؟
8. أنا بقيت كويس.. ينفع أبطّل الدواء؟
9. إزاي نعرف إن العلاج جاب نتيجة؟
10. الدواء مابقاش جايب نتيجة.. إمتى نغيّر الخطة؟
11. هل فيه شفاء نهائي؟ الحقيقة كاملة

الباب الثالث · لغز التغذية

12. الأكل: سبب ولا محفّز؟
13. روشتة المطبخ: وقت الهجمة ووقت الهدوء

الباب الرابع · المضاعفات والتحديات الخاصة

14. هل التهاب الأمعاء بيقلب سرطان؟
15. وجع المفاصل والعين والجلد
16. ناسور الكرون: ليه الجراحة لوحدها مش كفاية؟

17. الجراحة: هل هي فشل ولا إنقاذ؟

الباب الخامس · الأمومة والطفولة

18. الأمومة والـ IBD: هل الحلم ممكن؟
19. عايزة أحمل؟ الدليل العملي خطوة بخطوة
20. ابني مش بيكبر؟ الـ IBD عند الأطفال والمراهقين

الباب السادس · الحياة اليومية

21. الـ IBD والمجتمع: الشغل والدراسة والسفر
22. السترس والأمعاء: إزاي تهدّي عقلك عشان بطنك ترتاح؟

الباب السابع · الطوارئ واستدامة التعافي

23. 10 محفّزات بتعمل نوبة وانت مش واخد بالك
24. أول 48 ساعة في الانتكاسة
25. 5 قواعد ذهبية لاستدامة التعافي

الباب الثامن · أسئلة عملية بتتكرر كتير

- الصيام ورمضان مع الـ IBD
- التطعيمات: ماذا تأخذ ومتى؟
- الأنيميا ونقص الحديد
- هشاشة العظام
- الصحة الجنسية والإنجابية
- تكلفة العلاج وتنظيم أوراقك

الملاحق والمراجع

- ملحق أ — أسئلة اسألها لطبيبك في كل زيارة
- ملحق ب — شنطة الطوارئ وكارت المريض
- ملحق ج — جدول المتابعة السنوي
- ملحق د — مذكرات الأكل والأعراض

- ملحق هـ – قاموس المصطلحات
- ملحق و – بطاقة كل دواء بيولوجي
- المراجع العلمية

الصدمة الأولى.. وفكّ شفرة التشخيص

ما الذي يحدث داخل جسمك بالضبط، وكيف نثبت ذلك بالدليل؟

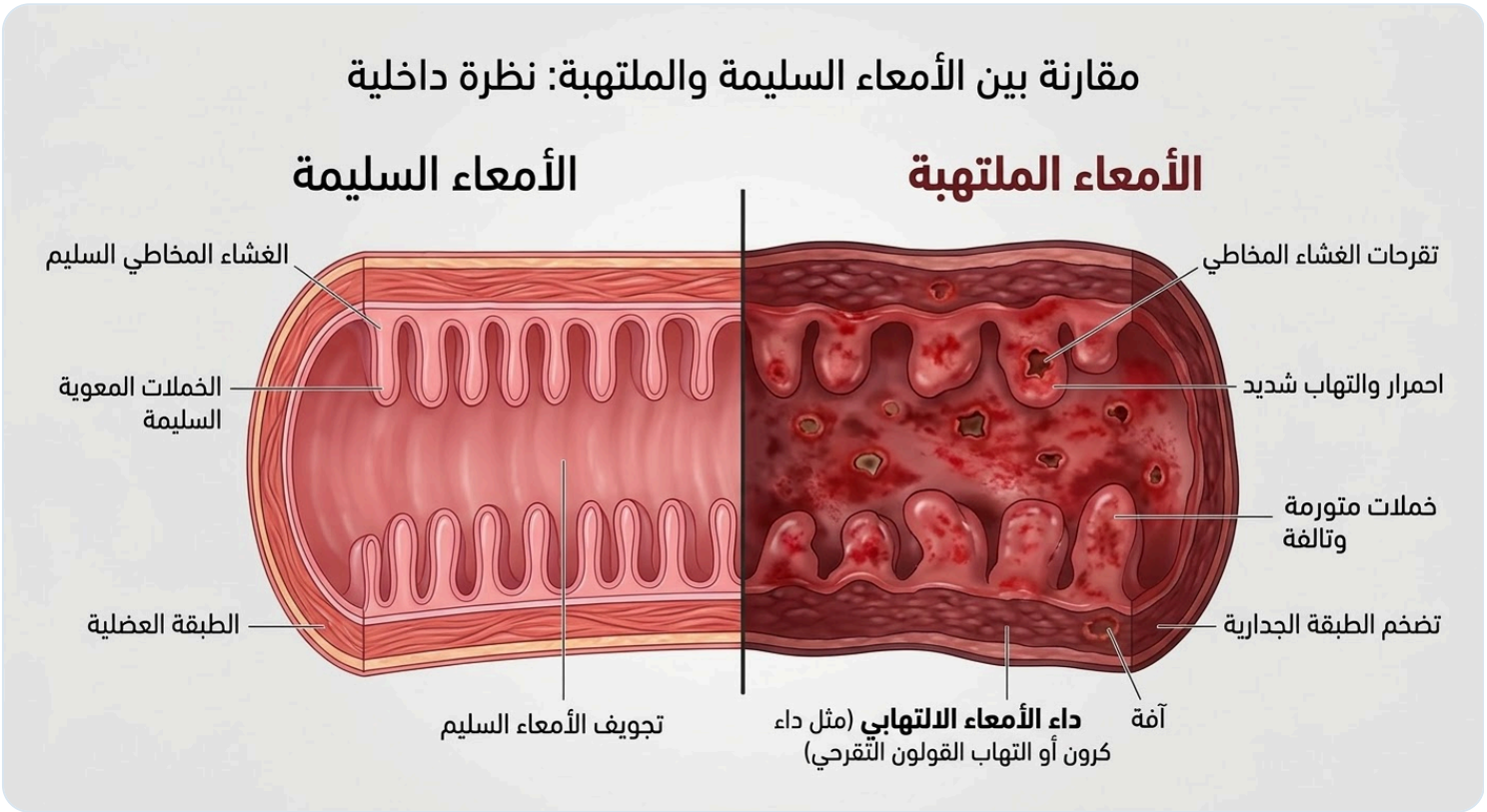
الفصل ١ · الحلقة ١

يعني إيه التهاب أمعاء مناعي (IBD)؟

أول سؤال يقفز إلى ذهنك بعد سماع التشخيص: ماذا يعني هذا الكلام؟ ولماذا أنا؟ وهل تتوقف حياتي هنا؟ هذا الفصل يجيب عن السؤال الأول، والكتاب كله يجيب عن الباقي.

التهاب الأمعاء المناعي – واختصاره العالمي IBD – ليس «مغصًا» ولا نزلة معوية طال أمدها. هو **مرض مناعي مزمن**: جهازك المناعي، الذي خُلق أساسًا جيشًا يحميك من الفيروسات والبكتيريا، يخطئ العنوان ويبدأ مهاجمة بطانة أمعائك أنت، فينشأ التهاب مستمر يترك قرحًا وتورمًا ونزيفًا.

تخيّل بطانة الأمعاء طبقة ملساء مصقولة تحميها طبقة مخاط. في الحالة الطبيعية تمرّ المناعة فوقها وتحرسها. في الـ IBD تعتبرها المناعة عدوًا، فتضربها، فتتكوّن الجروح والقرح – وهذه القرح هي مصدر الدم والمخاط والألم الذي تشعر به.



قطاع في جدار الأمعاء: على اليمين بطانة سليمة وخملات منتظمة، وعلى اليسار بطانة ملتهبة فيها تقرحات وتورّم – هذا هو الفرق الذي نطارده بالعلاج.

بطلان أساسيان: القولون التقرحي ومرض كرون

تحت مظلة الـ IBD مرضان رئيسيان. التفريق بينهما ليس ترفًا؛ فالعلاج والمتابعة والمضاعفات المتوقعة تختلف من واحد إلى آخر.

	التهاب القولون التقرحي (UC)	مرض كرون (CD)
المكان	القولون والمستقيم فقط	أي جزء من الفم إلى فتحة الشرج، والأشهر نهاية الأمعاء الدقيقة وبداية القولون
شكل الانتشار	متصل، يبدأ من المستقيم ويمتد لأعلى بلا فواصل سليمة	متقطّع، مناطق مصابة تفصلها مناطق سليمة تمامًا
عمق الالتهاب	سطحي، في البطانة الداخلية	عميق، يخترق جدار الأمعاء كله
العَرَض الغالب	إسهال مصحوب بدم ومخاط وإلحاح شديد للإخراج	ألم بطن وفقدان وزن وإرهاق، وقد يقلّ فيه الدم الظاهر
مضاعفات مميزة	نوبات شديدة تصيب القولون كله	ضيق (تليّف) وخُراج وناسور — خاصة حول الشرج

ثلاث خرافات نتخلص منها الآن

حقائق تطمئنك

- **المرض ليس معديًا.** لن ينتقل منك إلى زوجتك أو أطفالك أو زملائك، لا بالمخالطة ولا بالأكل ولا بالمشاركة في الحمام.
- **ليس مرضًا نفسيًا.** الحزن والتوتر لا يصنعان المرض من العدم، لكنهما وقود يزيد اشتعاله بعد وجوده — وهذا فرق جوهري نعود إليه في الفصل 22.
- **ليس بسبب «أكلة غلط».** الطعام محفّز للأعراض وليس سببًا للمرض، وقد أفردنا له بابًا كاملًا في الباب الثالث.

السبب الحقيقي خليط: استعداد جيني (ولذلك يتكرر أحيانًا في العائلة) + اختلال في توازن بكتيريا الأمعاء + عوامل بيئية تُشعل الفتيل، على رأسها التدخين في حالة كرون. ولا يوجد شيء فعلته أنت ليحدث هذا.

كلمة «مزمن» لا تعني «ميؤوس منه»

كلمة مزمن تخيف لأنها تُفهم خطأ. معناها الطبي: مرض طويل الأمد نتعايش معه ونتحكم فيه، لا يُشفى بكورس دواء لأسبوعين كالإنفلونزا. لكن الهدف المتحقق فعليًا — ونصل إليه مع كثير من المرضى — هو **الخمود** (Remission): أن ينام المرض فترات طويلة، وتعيش أنت حياتك كاملة: تأكل، وتسافر، وتتزوج، وتُنجب، وتنجح في عملك.

خلاصة الفصل

الـ IBD خلل مناعي مزمن يهاجم بطانة أمعائك. نوعاه الأساسيان هما القولون التقرحي (سطحي ومتصل في القولون) ومرض كرون (عميق ومتقطّع في أي مكان). ليس معديًا، ولا سببه الأكل أو الزعل، و«مزمن» تعني أنه يُروَّض لا أنه ينتصر.

الحلقة 1 من السلسلة

التهاب الأمعاء المناعي.. الفرق بين كرونز والقولون التقرحي

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=_tZtkeh_6jM

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=JR4zZkSa6Es

الفصل 2 · الحلقة 2

الأعراض.. وإمتى نقلق بجد؟

ليس كل مغص بردًا في المعدة، وليس كل إسهال قولونًا عصبيًا. هناك رسائل استغاثة يبعثها جسمك، ومهمتنا أن نعرف متى نسمعها.

الأعراض التي تستدعي علامة استفهام

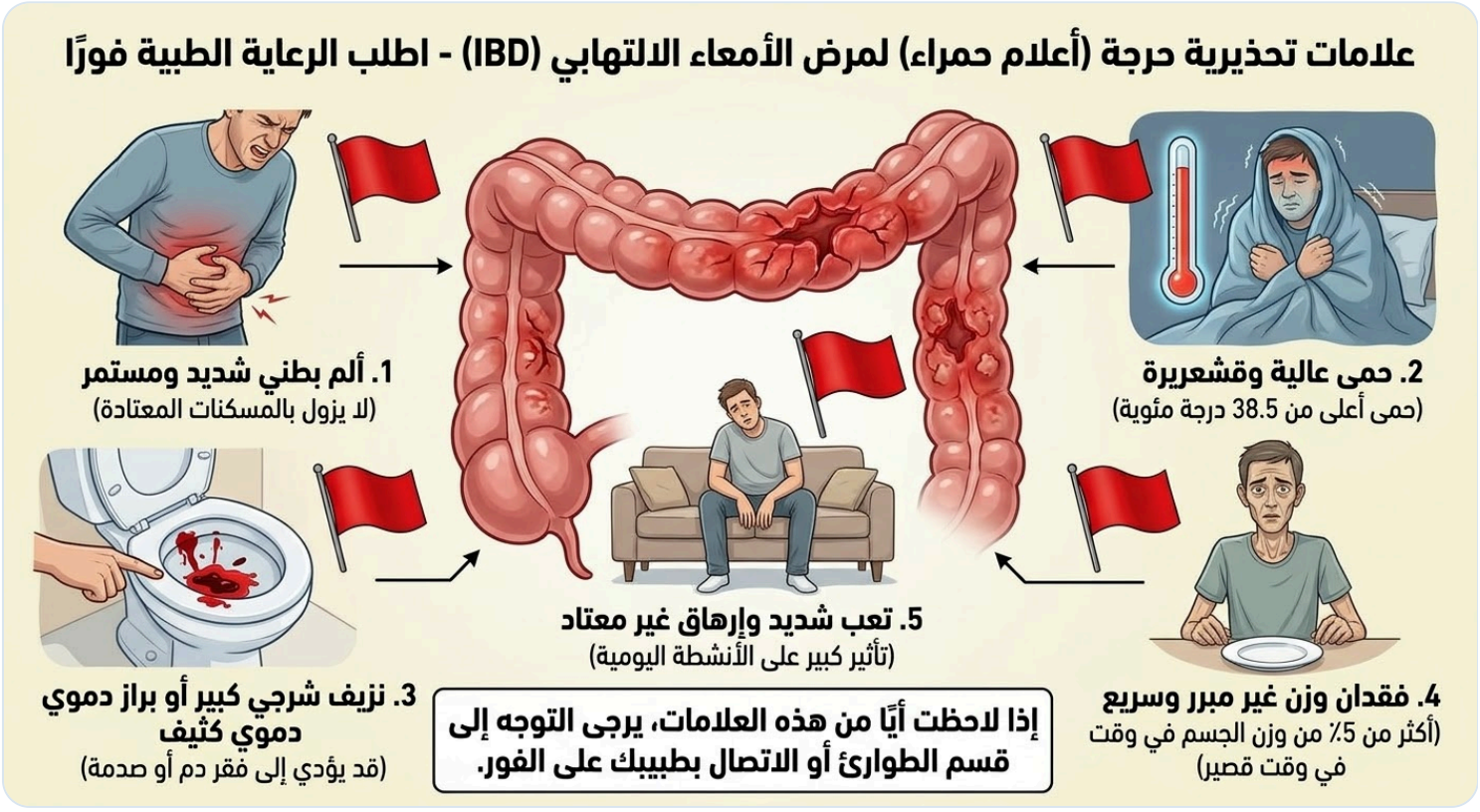
القاعدة العملية: أي عَرَض من هذه استمر **أكثر من أسبوعين** يستحق تقييمًا طبيًا، لا تجربة أدوية من الصيدلية:

- **إسهال مزمن** لا يستجيب للأدوية المعتادة.
- **دم أو مخاط في البراز** — وهذا لا يكون طبيعيًا في أي حال.
- **ألم بطن يوقظك من النوم**، أو إلحاح شديد للإخراج لا تستطيع تأجيله.
- **نزول وزن غير مبرر** دون حمية أو تقليل أكل.
- **إرهاق دائم وأنيميا** رغم الراحة والنوم الكافي.

وللتفريق المبدئي: في القولون التقرحي يكون الدم واضحًا وصريحًا مع الإسهال، أما في كرون فيغلب الألم وفقدان الوزن والإرهاق، وقد يتأخر التشخيص شهورًا لأن الدم لا يظهر.

أعراض خارج الأمعاء

لأن المشكلة في «السيستم» المناعي لا في القولون وحده، قد تبدأ الحكاية من مكان آخر تمامًا: ألم والتهاب في المفاصل، طفح جلدي مؤلم، احمرار وحساسية للضوء في العين، أو ارتفاع في إنزيمات الكبد. تفاصيل ذلك في الفصل 15.



علامات الخطر التي لا تحتمل الانتظار. احفظ هذه الصفحة أو اطبعها وعلّقها في البيت.

خط أحمر – الطوارئ فورًا

- نزيف شديد أو متكرر، أو إسهال دموي أكثر من ست مرات يوميًا.
- حرارة عالية مستمرة مع رعشة.
- ألم بطن حاد ومفاجئ لا يُحتمل، أو انتفاخ شديد مفاجئ في البطن.
- علامات جفاف: دوخة، جفاف الفم، قلّة البول، هبوط.
- قيء مستمر مع توقف الإخراج والريح (احتمال انسداد).

الفخ الحقيقي: النشاط الصامت

هذه أخطر معلومة في الفصل: قد تشعر أنك «زي الفل» والأعراض اختفت، والالتهاب ما زال يعمل تحت السطح. نسمّي ذلك **النشاط الصامت**، وهو الذي يصنع المضاعفات بعد سنين بلا إنذار مبكر. ولذلك لا نكتفي أبدًا بإحساسك، بل نتابع بالتحاليل وبالمنظار في مواعيدهما — حتى وأنت في أحسن حال. (راجع الفصل 9.)

خلاصة الفصل

أعراض استمرت أكثر من أسبوعين، أو ظهور دم، تعني تقييمًا طبيًا لا تسكينًا. علامات الخطر تعني طوارئ في نفس الساعة. وغياب الأعراض لا يعني غياب الالتهاب.

الحلقة 2 من السلسلة

أعراض التهاب الأمعاء المناعي: إمتى المغص يكون خطر؟

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=UVSOOEA2g9Q

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=ePoQgsS6FUA

الفصل 3 · الحلقة 3

فكّ شفرة التشخيص: ليه المنظار والتحاليل؟

أصعب مرحلة في رحلة الـ IBD هي ما قبل التشخيص: شهور من الحيرة وروشتات تعالج العَرَض لا السبب. هذا الفصل يمشي معك خطوة بخطوة حتى تدخل غرفة المنظار وأنت فاهم لماذا.

لماذا لا تكفي «صورة الدم والسونار»؟

الموجات فوق الصوتية التقليدية ترى الأمعاء من الخارج ولا ترى البطانة من الداخل، وصورة الدم قد تكون طبيعية تمامًا ولديك تقرحات. لذلك نلجأ إلى تحاليل أدقّ:

- **صورة دم كاملة (CBC):** تكشف الأنيميا ونقص الحديد الشائعين في الـ IBD.
- **سرعة الترسيب (ESR) وبروتين CRP:** «منبّهات» تقول إن هناك التهابًا في الجسم، لكنها لا تحدد مكانه، وقد تكون طبيعية رغم وجود التهاب في القولون.
- **وظائف كبد وكلى وفيتامين D وB12 ومخزون الحديد:** لرسم صورة الحالة الغذائية.
- **تحاليل براز لاستبعاد العدوى:** لأن النزلة المعوية قد تقلّد الصورة تمامًا.

بطل التشخيص والمتابعة: الكالبروتكتين في البراز

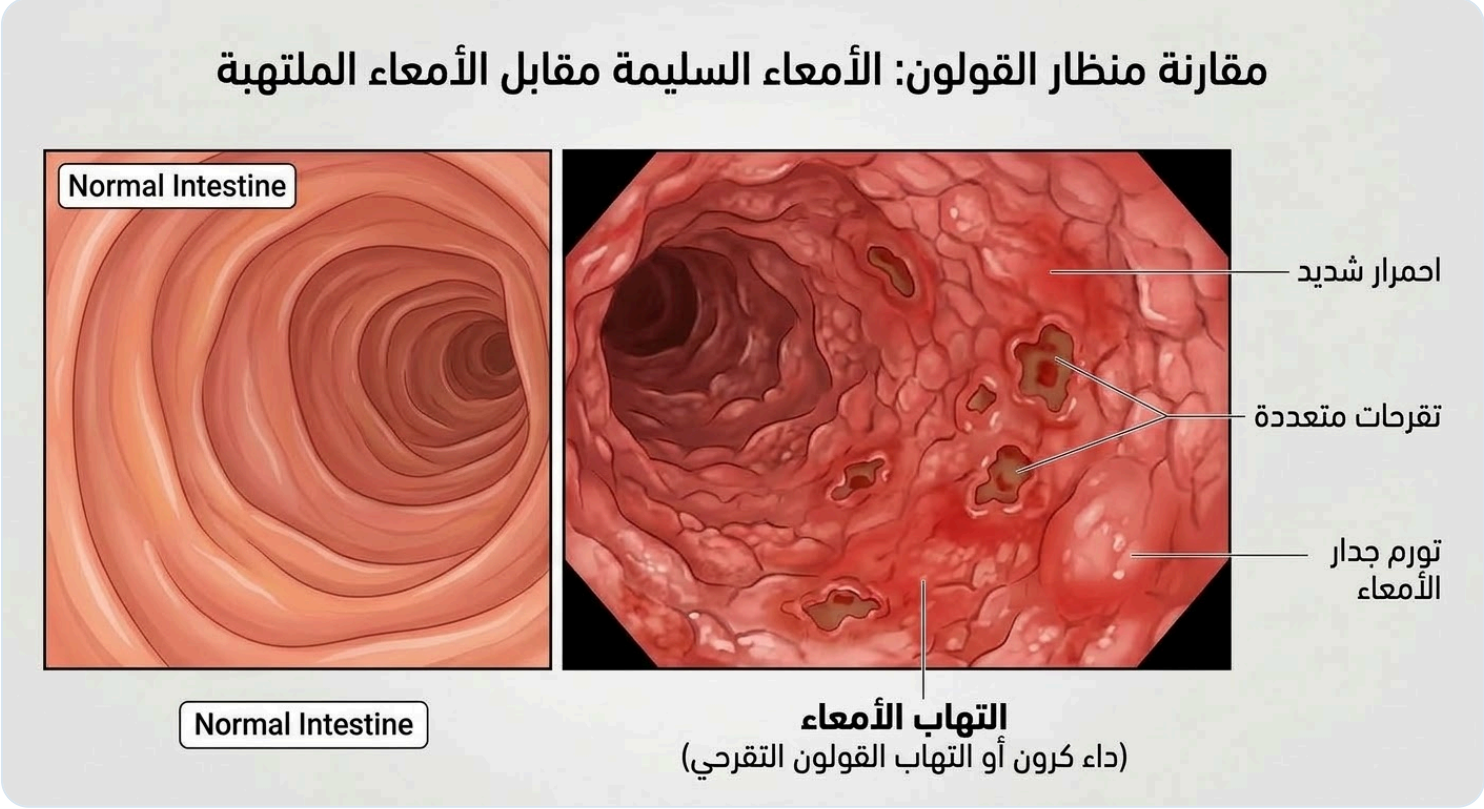
الكالبروتكتين (Fecal Calprotectin) بروتين تفرزه الخلايا المناعية حين تهاجم بطانة الأمعاء. ارتفاعه إشارة قوية إلى التهاب حقيقي في الأمعاء لا إلى قولون عصبي، وهو الذي يساعد الطبيب على تحديد من يحتاج منظارًا فعلًا. والأهم أنه يبقى معك بعد التشخيص «ترمومترًا» لأمعائك في كل متابعة، دون منظار في كل مرة. القيم الدقيقة تختلف بين المعامل، وتفسيرها يكون مع طبيبك لا بمقارنتها بأرقام غيرك.

المنظار والعيّنة: القول الفصل

المنظار هو عين الطبيب داخل أمعائك، وهو المعيار الذهبي للتشخيص لسببين:

- **الرؤية المباشرة:** يرى الطبيب القرح والاحمرار والنزيف والضيق بعينه، ويحدد امتداد المرض.
- **العيّنة (Biopsy):** قطعة أصغر من حبة الأرز تُفحص تحت الميكروسكوب، وهي التي تفرّق بدقة بين كرون والقولون التقرحي وبين الالتهاب المناعي وغيره. أخذ العيّنة إجراء روتيني تمامًا في الـ IBD، ولا علاقة له بالبحث عن ورم.

وقد يُضاف إلى ذلك **منظار المعدة**، أو **الرنين المغناطيسي للأمعاء (MR Enterography)** أو **السونار المعوي** في حالات كرون، لأن الأمعاء الدقيقة لا يصلها منظار القولون.



ما يراه الطبيب في المنظار: بطانة سليمة على اليسار، مقابل احمرار وتقرحات وتورّم في الحالة النشطة.

هل المنظار مؤلم؟ وكيف أستعد له؟

اليوم يُجرى المنظار تحت مهدئ أو تخدير خفيف؛ أنت نائم ولا تشعر بشيء، والإجراء نفسه يستغرق دقائق، وتعود إلى بيتك في اليوم نفسه. الجزء المتعب هو **التحضير**: الملينات والنظام الغذائي قبله. التزم به حرفيًا؛ فأمعاء نظيفة تعني رؤية واضحة

وتشخيصًا دقيقًا، وتعني ألّا تُعيد المنظار مرة أخرى.

قبل المنظار أخبر طبيبك

بكل أدويتك، وخاصة مسيّلات الدم، وأدوية السكر والضغط، والحديد (يُوقف عادة قبل المنظار بأيام)، وأي حساسية دوائية أو أمراض قلب أو تنفس.

خلاصة الفصل

التحاليل تقول «يوجد التهاب»، والكالبروتكتين يقول «الالتهاب في الأمعاء»، والمنظار والعيّنة يقولان «هذا هو المرض بالتحديد، وهذا امتداده». الثلاثة معًا هم خريطة العلاج — وتأخير أيٍّ منها يعني تجريب الدواء عليك بلا بوصلة.

الحلقة 3 من السلسلة

فكّ شفرة التشخيص.. ليه المنظار والتحاليل؟

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=Yu-liMUgGvY

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=NDEvPTJkT84

الفصل 4 · الحلقة 17

قولون عصبي ولا التهاب مناعي؟ إزاي تفرّق بينهم؟

الأعراض قد تتشابه، لكن الفرق بين المرضين كالفرق بين خلل في حركة الجهاز وبين حريق في الأنسجة — والعلاج مختلف تمامًا.

القولون العصبي (IBS) اضطراب وظيفي: الأمعاء سليمة الشكل، لكن حركتها وحساسيتها مضطربتان. أما الـ **IBD** فمرض عضوي: التهاب حقيقي وقرح ونزيف نراها بالمنظار وتحت الميكروسكوب. واحدهما «كهرباء زائدة» في الحركة، والآخر حريق في الأنسجة.

المؤشر	القولون العصبي	التهاب الأمعاء المناعي
دم في البراز	لا يحدث	شائع، خاصة في القولون التقرحي
الأعراض ليلًا	تهدأ أثناء النوم عادة	قد توقظك من النوم
الوزن	ثابت	قد ينزل بلا سبب
التحاليل (CRP، كالبروتكتين)	طبيعية	مرتفعة في النشاط
المنظار والعيّنة	طبيعيان	التهاب وتقرحات وتغيرات نسيجية
مضاعفات (ناسور، ضيق، أنيميا)	لا توجد	واردة

وهل يجتمعان معًا؟

نعم، وهذه نقطة يغفل عنها كثيرون. مريض الـ IBD قد يكون في خمود تام — تحاليله هادئة ومنظاره نظيف — ومع ذلك يشكو من مغص وانتفاخ وتغيّر في مواعيد الحمام. هنا الأغلب أنها **أعراض قولون عصبي مصاحبة**، وعلاجها تنظيم الأكل والحركة وأدوية تهدّئ التقلصات وأحيانًا دعم نفسي — لا زيادة في الكورتيزون أو مثبطات المناعة.

ولهذا بالتحديد لا يرفع الطبيب الجيد جرعة العلاج المناعي بمجرد شكوى، بل يثبت أولًا أن ما تشعر به التهاب نشط فعلًا — بالكالبروتكتين أو المنظار. زيادة العلاج المناعي بلا داعٍ تعرّضك لمخاطر دون فائدة.

لا تُشخّص نفسك

«أنا عصبي شوية» جملة أخّرت تشخيص آلاف المرضى سنوات. الدم، ونزول الوزن، والأنيميا، والحرارة، والألم الذي يوقظك من النوم — لا يصنعها القولون العصبي أبدًا.

الحلقة 17 من السلسلة

قولون عصبي ولا التهاب مناعي؟.. إزاي تفرق بينهم؟

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=cP15QgEn7L0

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=u3s6QR5pDkc

الباب الثاني

خريطة العلاج.. كيف نروّض المرض؟

من إخماد الحريق، إلى منع عودته، إلى إثبات أن الأمعاء شُفيت فعلًا.

الفصل 5 · الحلقة 4

خريطة الطريق: من الكورتيزون إلى البيولوجي

«هل سأظل على الأدوية طول عمري؟»، «الكورتيزون ليس له أضرار؟»، «يعني إيه علاج بيولوجي؟». هذا الفصل يرسم لك سُلّم العلاج كاملًا، ويشرح لماذا لا توجد روشتة واحدة تناسب كل المرضى.

أولًا: نحن نعالج هدفين لا هدفًا واحدًا

- **إخماد الحريق (Induction)**: السيطرة السريعة على النوبة النشطة وإيقاف الأعراض.
- **الحفاظ على الهدوء (Maintenance)**: وهو الأهم والأطول: منع عودة الالتهاب. إيقاف العلاج لمجرد أنك تحسّنت يعطي المناعة فرصة للهجوم أشرس من المرة السابقة.

ثانيًا: أدوار الأدوية

لكل مجموعة دور محدد، والطبيب يختار حسب نوع المرض (كرون أم تقرحي)، وامتداده، وشدته، وعمرك، وما جرّبته من قبل.

المجموعة	أمثلة شائعة	دورها
مشتقات 5-ASA	ميسالازين (بنتازا وغيرها)، سلفاسالازين — أقراص أو لبوس أو حقن شرجية	**للقولون التقرحي فقط**: الخط الأول في الحالات الخفيفة والمتوسطة، للإخماد وللمحافظة معًا. **لم تعد تُعتمد علاجًا لمرض كرون** لأن فعاليتها فيه غير مثبتة.
الكورتيزون	بريدنيزولون، بوديزونيد	«رجل الإطفاء»: سريع في إخماد النوبة، لكنه ليس علاجًا طويل الأمد ولا يُستخدم للمحافظة.
مثبطات المناعة	أزاثيوبرين، ميركابتوبيورين، ميثوتريكسات	تهدّئ المناعة على المدى الطويل، وتساعد على منع الاعتماد على الكورتيزون، وتُستخدم أحيانًا مع البيولوجي.
العلاج البيولوجي	مضادات TNF، مضادات الإنتجرين، مضادات الإنترلوكين 12/23 و23	بروتينات موجّهة تُعطَّل جزيئًا بعينه في مسار الالتهاب، تغيّر مسار المرض وتحمي من المضاعفات والجراحة.
الجزيئات الصغيرة	مثبطات JAK، معدّلات مستقبلات S1P	أدوية حديثة تؤخذ بالفم، سريعة المفعول في حالات مختارة وبشروط متابعة دقيقة.
علاجات مساندة	حديد، فيتامين D وB12، كالسيوم، مضاد حيوي عند وجود خُراج أو عدوى	تعالج نتائج المرض لا المرض نفسه، لكنها تفرق في إحساسك اليومي.

الأسماء هنا لتفهم الخريطة فقط. الدواء المناسب وجرعته قرار طبيبك وحده بناءً على حالتك.

ثالثًا: الكورتيزون — الصديق اللدود

لا شيء أسرع منه في إطفاء النوبة، ولا شيء أسوأ من العيش عليه. استعماله الطويل أو المتكرر يفتح باب هشاشة العظام والسكر وارتفاع الضغط والمياه البيضاء والعدوى. لذلك قاعدتان:

- الكورتيزون **جسر مؤقت** حتى يعمل علاج المحافظة، وليس محطة إقامة.
- **لا يُوقف فجأة** أبدًا، بل يُسحب تدريجيًا بالجدول الذي كتبه طبيبك.

وإذا وجدت نفسك تعود إلى الكورتيزون مرتين أو أكثر في السنة، أو لا تستطيع التوقف عنه دون عودة الأعراض، فهذه ليست «حالة صعبة» بل إشارة واضحة إلى أن خطة المحافظة تحتاج ترقية — تحدّث مع طبيبك فيها صراحة.

خلاصة الفصل

العلاج ليس سجنًا، بل هو ما يحميك من المستشفى وغرفة العمليات. والسؤال الصحيح لطبيبك ليس «هل آخذ دواء؟» بل «ما خطة المحافظة التي تمنع عودة الالتهاب، وكيف نتأكد أنها نجحت؟».

الحلقة 4 من السلسلة

خريطة علاج الـ IBD: من الكورتيزون للبيولوجي

شاهد الحلقة كاملة – https://www.youtube.com/watch?v=BVqO_4AAMcE

الملخص في دقيقة – https://www.youtube.com/watch?v=MQ3TaKSU7z0

الفصل 6 · الحلقة 5

إحنا بنعالج إيه بالظبط؟ سرّ السيطرة الحقيقية

معلومة قد تصدمك: أن تشعر أنك بخير لا يعني أن المرض اختفى. وهذه واحدة من أخطر النقاط التي يقع فيها مرضى كرون والقولون التقرحي.

قديمًا كان الهدف **تسكين الأعراض**: توقف الإسهال، خفّ المغص، إذن نجحت الروشتة. ثم أثبتت الدراسات أن كثيرًا من المرضى يشعرون بتحسّن حقيقي والالتهاب ما زال يعمل داخل أمعائهم — كمن أطفأ اللهب وترك الجمر تحت الرماد.

الهدف الحديث: الشفاء المخاطي

الشفاء المخاطي (Mucosal Healing) يعني أن تعود بطانة الأمعاء وردية ناعمة خالية من القرح حين ننظر إليها بالمنظار. لا أن تشعر أنت بالتحسن فقط، بل أن «تنسى» الأمعاء نفسها أنها كانت ملتهبة.

لماذا نصرّ على هذا الهدف؟

لأن الالتهاب المستمر — حتى الصامت منه — هو الذي يصنع:

- انتكاسات متكررة كل بضعة شهور.
- تليّفًا وضيقًا في الأمعاء، وناسورًا في حالات كرون.
- حاجة أكبر للكورتيزون والمستشفى والجراحة.
- وعلى المدى الطويل: زيادة في خطر سرطان القولون (الفصل 14).

نحن لا نعالج ألم اليوم؛ نحن نحمي أمعاءك لعشرين وثلاثين سنة قادمة.

العلاج بالهدف (Treat to Target)

هذه فلسفة العلاج الحديثة: نحدد «نِشانًا» ونصوّب عليه، ونراجع النتيجة في مواعيد متفق عليها. الأهداف بالترتيب:

1. **هدف قريب:** تحسّن الأعراض خلال أسابيع.
2. **هدف متوسط:** اختفاء الأعراض تمامًا، ونزول CRP والكالبروتكتين إلى المعدل الطبيعي.
3. **هدف بعيد:** شفاء البطانة بالمنظار، واستعادة الوزن والنشاط وجودة الحياة الطبيعية.

إن لم نصل إلى الهدف في موعده، نُعدّل الخطة: نرفع جرعة، أو نقرّب المواعيد، أو نغيّر الدواء. العلاج عملية مرنة تُراجَع، وليس قرارًا يُتخذ مرة واحدة.

اسأل طبيبك هذا السؤال

«يا دكتور، هل وصلنا إلى هدف العلاج الحقيقي؟ وما الدليل عليه: الأعراض فقط، أم التحاليل، أم المنظار؟» — هذا السؤال وحده ينقلك من متلقٍّ للعلاج إلى شريك في الخطة.

الحلقة 5 من السلسلة

إحنا بنعالج إيه بالظبط؟ سر السيطرة الحقيقية على الـ IBD

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=SALd3YthZvU

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=F6m1T6yV-pI

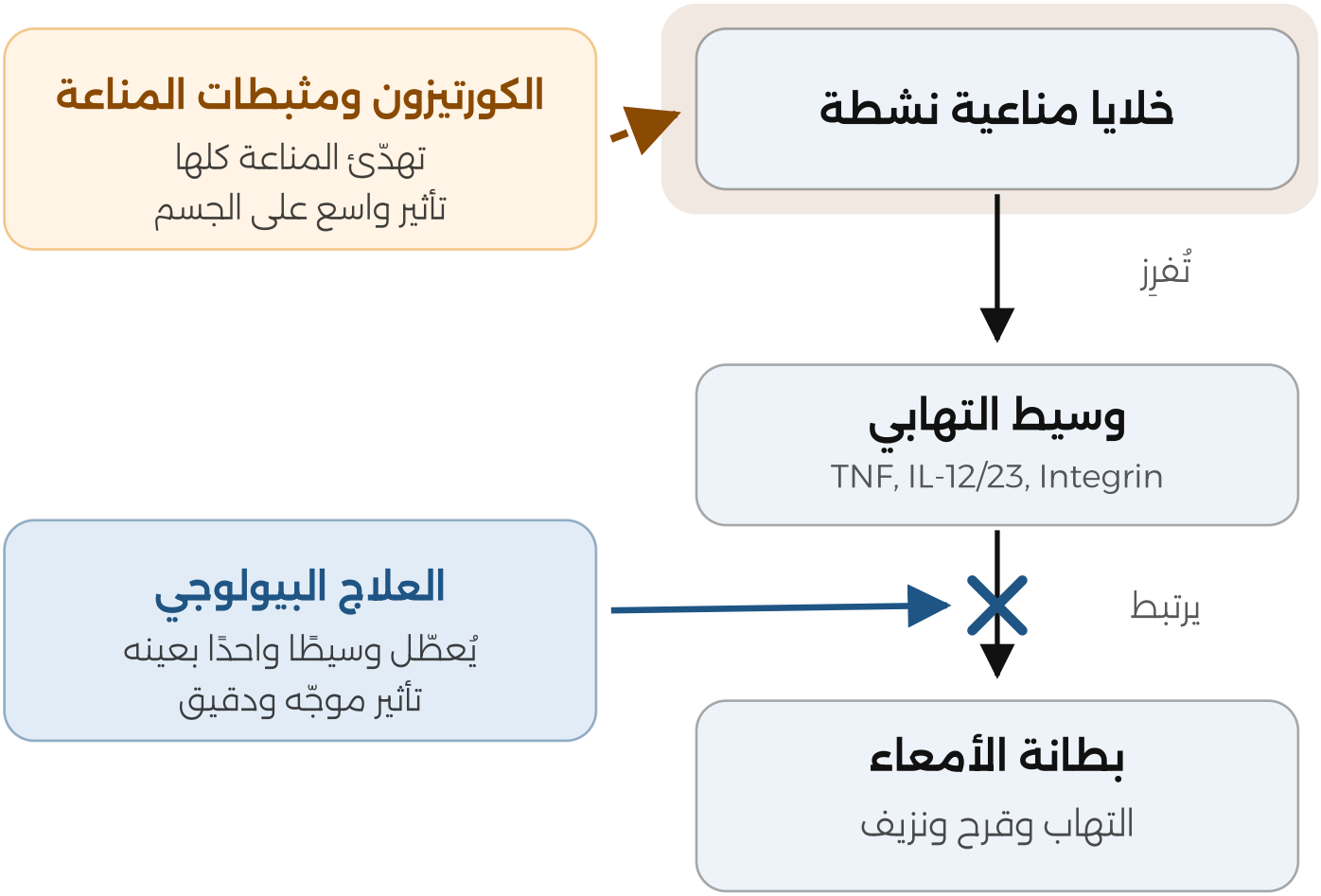
الفصل 7 · الحلقة 7

العلاج البيولوجي: هل هو فعلًا بعبع؟

بمجرد أن ينطق الطبيب بكلمة «بيولوجي» يظن المريض أن حالته وصلت إلى آخر الطريق. الحقيقة عكس ذلك: أخطر ما تواجهه ليس الدواء، بل التهاب تُرك بلا علاج كافٍ.

ما هو العلاج البيولوجي؟

ليس علاجًا كيماويًا، بل بروتينات مصنّعة تستهدف جزيئًا بعينه في مسار الالتهاب فتعطّله — مثل قنّاص يوقف الجندي المخطئ، بدلًا من إطفاء الجيش كله كما يفعل الكورتيزون. ولأنه موجّه، فإن فعاليته أعلى وأثره على بقية الجسم أقل اتساعًا.



كلاهما يوقف السلسلة — لكن عند نقطة مختلفة وباتساع مختلف

أين يعمل كل علاج في سلسلة الالتهاب؟ مثبّطات المناعة والكورتيزون تعمل في أعلى السلسلة على الخلايا المناعية كلها، فيتسع أثرها على الجسم. أما العلاج البيولوجي فيمسك الوسيط الالتهابي وحده قبل أن يرتبط ببطانة الأمعاء — ولهذا يوصف بأنه «موجّه».

البيولوجي ليس نوعًا واحدًا – خمس محطات في طريق الهجوم

أكثر جملة تُقال في العيادة: «جرّبت البيولوجي ومنفعش». والسؤال الذي يجب أن يليها: **جرّبت أيّ بيولوجي؟** لأن ما نسميه «العلاج البيولوجي» ليس دواءً واحدًا، بل عائلات مختلفة، كل عائلة توقف الهجوم المناعي عند **محطة مختلفة تمامًا**.

تخيّل أن جهاز المناعة جيش، وأن هجومه على جدار أمعائك يمرّ بخمس محطات مرتبة: قائد يُصدر الأوامر، ولاسلكي ينقل الأمر داخل الخلية، وثكنات تخرج منها العساكر، وباب تدخل منه إلى الأمعاء، وصفارة إنذار تُطلَق هناك فتستنفر كل من حولها. كل عائلة دوائية تقطع الطريق عند واحدة من هذه المحطات.

مسار الهجوم

1 أوامر القائد
تُقطع الرسائل التي تجنّد كتائب الالتهاب — مضادات IL-12/23 وIL-23

2 اللاسلكي داخل الخلية
يُقطع نقل الأمر إلى داخل الخلية — مثبطات JAK (أقراص)

3 الثكنات
تُحبس الخلايا داخل الغدد الليمفاوية — معدّلات S1P (أقراص)

4 باب الأمعاء
يُغلق باب الدخول إلى الأمعاء وحده — مضادات الإنتجرين

5 صفارة الإنذار
تُطفأ المادة التي تستنفر الجيش كله — مضادات TNF

جدار الأمعاء: التهاب وقرح
لو لم يُقطع الطريق عند أي محطة

خمس محطات، وخمس طرق لإيقاف الهجوم نفسه. ولهذا فإن فشل دواء من عائلة لا يعني فشل بقية العائلات — فالمحطة التالية مختلفة في آلية عملها تمامًا.

الرسالة الأهم في هذا الفصل

«دواء لم ينفع» لا تساوي «العلاج البيولوجي لم ينفع». إذا لم تستجب لعائلة، يبقى أمام طبيبك عائلات أخرى تعمل بآلية مختلفة كليًا. ومن حقك أن تسأله: «دوائي يقطع الهجوم عند أي محطة؟ وما البديل لو لم ينجح؟»

وملاحظة دقيقة: مجموعتا الأقراص (JAK وS1P) ليستا «بيولوجي» بالمعنى العلمي — فهي **جزيئات صغيرة** تؤخذ بالفم لا بروتينات تُحقن — لكننا نشرحها معها لأنها من المستوى نفسه من العلاج المتقدم.

العائلات بأسمائها

المحطة	العائلة	الأسماء المتداولة	الشكل
صفارة الإنذار	مضادات TNF	ريميكيد (Infliximab) · هيوميرا (Adalimumab) · سيمزيا (Certolizumab) · سيمبوني (Golimumab)	حقن أو محلول وريدي
باب الأمعاء	مضادات الإنتجرين	إنتيفيو (Vedolizumab) · تيسابري (Natalizumab) — الأخير أقل استخدامًا في الـ IBD، ويُستعمل أيضًا في التصلب المتعدد	محلول وريدي أو حقن
أوامر القائد	مضادات IL-12/23 وIL-23	ستيلارا (Ustekinumab) · سكاي ريزي (Risankizumab) · تريمفايا (Guselkumab) · أومفوه (Mirikizumab)	محلول وريدي ثم حقن
اللاسلكي داخل الخلية	مثبطات JAK	رينفوك (Upadacitinib) · زيلجانز (Tofacitinib)	أقراص
الثكنات	معدّلات S1P	Velsipity (Etrasimod) · Zeposia (Ozanimod)	أقراص — **لم تصل مصر بعد**

ثلاث ملاحظات تمنع اللبس

- **سيمبوني (Golimumab) وزيلجانز (Tofacitinib) معتمدان في التهاب القولون التقرحي فقط**، وليسا خيارًا في مرض كرون.
- **معدّلات S1P** تُستخدم خارج مصر في القولون التقرحي، لكنها غير متاحة هنا بعد — فلا تُرهق نفسك بالبحث عنها.
- **البدائل المثيلة (البيوسيميلر):** للريميكيد والهيوميرا بدائل مسجّلة تمرّ بدراسات تثبت تكافؤها في الفعالية والأمان مع الدواء الأصلي، وتكلفتها أقل، وقد تكون هي المتاح لك. التحويل إليها قرار طبي عادي لا تنازل عن جودة العلاج — ناقشه مع طبيبك.

فيديو موسّع لهذا القسم

العلاج البيولوجي مش نوع واحد — الخمس محطات بالرسوم المتحركة

شاهد الفيديو — https://youtu.be/XHtgEMMmExo

كيف يختار طبيبك العائلة المناسبة لك؟

لا يوجد دواء «أفضل» لكل الناس؛ الاختيار يُبنى على:

- نوع المرض: كرون أم قولون تقرحي، وشدّته وامتداده ومكانه.
- وجود ناسور أو ضيق أو أعراض خارج الأمعاء (مفاصل، عين، جلد).
- ما جرّبته من أدوية سابقًا، وكيف استجاب جسمك لها.
- سنّك، وأمراضك الأخرى، وتاريخ الأورام أو العدوى، والتخطيط للحمل.
- حقن أم أقراص؟ وما المتاح عمليًا وتكلفته ومدى انتظام الحصول عليه.

وهذه أمثلة لمواقف شائعة وكيف تُوجّه الاختيار — للفهم لا للتطبيق الذاتي:

الموقف	ما يميل إليه الاختيار غالبًا	لماذا
فوق 65 سنة أو مناعة منخفضة	إنتيفيو، ثم ستيلارا	أقل خطرًا في العدوى الجهازية
تاريخ ورم سابق (ليمفوما أو ميلانوما)	إنتيفيو أو ستيلارا، مع تجنّب مضادات TNF	هامش أمان أعلى في هذه الحالات
سفر متكرر وصعوبة في المواعيد	ستيلارا أو تريمفيا	جرعات متباعدة تحت الجلد
رفض تام للحقن	الأقراص (JAK)	بلا حقن ولا ثلاجة ولا جلسات مستشفى
الحاجة إلى سيطرة سريعة	الأقراص (JAK) أو مضادات TNF حسب الحالة	سرعة بدء المفعول
مفاصل أو جلد مصاحب	مضادات TNF أو ستيلارا أو تريمفيا	إنتيفيو يعمل على الأمعاء وحدها
ناسور حول الشرج في كرون	مضادات TNF	الأكثر دراسة في هذه الحالة (الفصل 16)
تخطيط للحمل	يُراجَع كل دواء باسمه مع طبيبك	الأقراص (JAK) لا تُستعمل في الحمل والرضاعة

نقطتان عمليتان كثيرًا ما تُنسيان

- **مع الأقراص (JAK):** هناك متابعة دورية مطلوبة — صورة دم ووظائف كبد ودهون — وانتباه لخطر الجلطات والهربس النطاقي (ولذلك يُناقَش لقاح الحزام الناري غير الحي قبل البدء)، وحذر أكبر لدى كبار السن والمدخنين وأصحاب أمراض القلب.
- **مع مضادات TNF:** قد يكوّن الجسم أجسامًا مضادة تقلّل فعالية الدواء مع الوقت، ولذلك يُقاس مستوى الدواء عند تراجع الاستجابة (الفصل 10)، وقد يُضاف مثبط مناعة معه.

وأخيرًا: **طريقة الإعطاء جزء من القرار لا تفصيلة ثانوية**. دواء ممتاز لا تستطيع الالتزام بمواعيده ليس ممتازًا لك. كن صريحًا مع طبيبك في ظروف عملك وسفرك وقدرتك على الحقن الذاتي، فهذه المعلومات تغيّر الاختيار فعلًا.

وقبل البدء بأيٍّ منها تُجرى الفحوصات نفسها: الدرن، وفيروسات الكبد، ومراجعة التطعيمات — راجع التطعيمات في الباب الثامن.

متى نلجأ إليه؟

- حين لا تكفي الأدوية التقليدية، أو يعود المرض كلما سُحب الكورتيزون.
- في المرض الشديد أو واسع الانتشار منذ البداية.
- في كرون المصحوب بناسور أو مضاعفات حول الشرج (الفصل 16).
- عند الأطفال والمراهقين لحماية النمو والبلوغ (الفصل 20).

والهدف ليس راحتك فقط، بل منع التليّف والضيق والناسور ودخول غرفة العمليات.

ماذا عن الأمان؟

كل دواء في الدنيا له آثار، حتى المسكّن. لكن مع البيولوجي نعمل «كشف هيئة» كاملًا قبل البدء، وهذا ما يجعل نسبة الأمان عالية:

- فحص الدرن (TB) بتحليل وأشعة على الصدر.
- فحص الفيروسات الكبدية B) وC) وأحيانًا غيرها.
- استكمال التطعيمات المطلوبة **قبل** البدء، لأن بعض اللقاحات الحية لا تُعطى أثناء العلاج.
- متابعة دورية بصورة الدم ووظائف الكبد.

والأثر الجانبي الأشهر عمليًّا هو زيادة قابلية العدوى؛ ولذلك نعالج أي عدوى مبكرًا ونبلّغ الطبيب قبل أي إجراء جراحي أو أسنان.

وماذا عن خطر الأورام؟

سؤال مشروع يدور في ذهن كل مريض، ويستحق إجابة صريحة بلا تهويل:

- **مثبطات المناعة من مجموعة الثيوبيورين** (أزاثيوبرين، ميركابتوبيورين) ترتبط بزيادة **صغيرة** في احتمال نوع من الليمفوما، وزيادة في سرطانات الجلد غير الميلانومية. الزيادة صغيرة بالأرقام المطلقة، وتقلّ بعد إيقاف الدواء.
- **العلاج البيولوجي وحده** لم يثبت أنه يرفع خطر الأورام بشكل واضح؛ معظم الإشارة تأتي من الثيوبيورين أو من الجمع بين الاثنين.

ماذا تفعل عمليًا؟ واقي شمس وتغطية مناسبة، وفحص جلد دوري، وإبلاغ الطبيب فورًا بأي شامة تتغير أو قرحة جلدية لا تلتئم. وللسيدات: الالتزام بمسح عنق الرحم في مواعيده.

ضع الرقمين جنب بعضهما

في الكفة الأخرى، التهاب غير مسيطر عليه لسنوات يرفع خطر سرطان القولون نفسه (**الفصل 14**) ويقود إلى الجراحة والمضاعفات. القرار يُوزن مع طبيبك لحالتك أنت، لا بقراءة رقم منفصلًا عن سياقه.

وازن بين كفتين

الكفة الأولى: آثار جانبية **محتملة** للدواء نراقبها ونتعامل معها. الكفة الثانية: مضاعفات **شبه مؤكدة** لالتهاب مزمن غير مسيطر عليه — تليّف، ناسور، سوء تغذية، جراحة. الميزان في الحالات التي يصفه فيها الطبيب يرجّح العلاج دائمًا.

وهل سأبقى عليه طول العمر؟

ليس بالضرورة، لكن القرار ليس بالمزاج ولا بالخوف: يُبنى على استقرار طويل، وتحاليل طبيعية، ومنظار يؤكد الشفاء. وإيقافه من تلقاء نفسك قد يجعل جسمك يكوّن أجسامًا مضادة ضده فيفقد فعاليته ولا ينفع إن عدت إليه — وهذا موضوع الفصل التالي.

الحلقة 7 من السلسلة

العلاج البيولوجي: هل بيقضي على المناعة؟

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=Z_3UnkeRS94

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=kr8QFZVXS8M

الفصل 8 · الحلقة 8

أنا بقيت كويس.. ينفع أبطّل الدواء؟

أصعب الانتكاسات التي نراها في العيادة تبدأ بهذه الجملة بالذات. هذا الفصل يشرح لماذا يكون التحسّن أحيانًا فخًّا، وماذا يحدث داخل جسمك فعلًا إذا أوقفت العلاج من تلقاء نفسك.

التحسّن شيء، والسيطرة شيء آخر

قد تشعر أنك طبيعي مئة بالمئة، وتُظهر التحاليل أو المنظار أن المعركة ما زالت دائرة في بطانة الأمعاء. إيقاف الدواء هنا ليس «راحة»، بل رفعٌ للحماية وترك للنار تأكل في صمت.

ماذا يحدث عند التوقف المفاجئ؟

- تعود المناعة إلى نمط الهجوم القديم، وغالبًا تأتي النوبة أعنف من سابقتها.
- تصبح السيطرة أصعب، وقد نحتاج كورتيزون ومستشفى لم نكن نحتاجهما.
- ومع البيولوجي خطر إضافي: التوقف غير المنتظم يدفع الجسم لتكوين **أجسام مضادة** ضد الدواء، فيفقد مفعوله ولا يعود صالحًا لك — تكون قد خسرت أهم سلاح كان في يدك.

إذن متى نقلّل العلاج فعلًا؟

تخفيف العلاج أو سحبه وارد، لكن بشروط صارمة يقررها الطبيب لا المريض:

- استقرار طويل (سنة أو أكثر) بلا نوبات وبلا كورتيزون.
- تحاليل دم وبراز طبيعية تمامًا ومتكررة.
- منظار يؤكد الشفاء المخاطي.
- غياب عوامل الخطر: تشخيص في سن صغيرة، مرض واسع، ناسور، جراحة سابقة، تدخين.

وحتى بعد استيفاء ذلك، يكون السحب **تدريجيًا وتحت مراقبة لصيقة**، مع خطة واضحة لما سنفعله إذا ارتفع الكالبروتكتين مرة أخرى.

الجملة التي تنقذك

بدلًا من «سأوقف الدواء»، قل لطبيبك: «أنا مستقر منذ مدة، هل يمكن أن نراجع الخطة وننظر في تقليل العلاج؟». الفرق بين الجملتين قد يكون سنوات من التعب.

الحلقة 8 من السلسلة

أخطر قرار لمريض الـ IBD: إوعى توقف العلاج!

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=N1iBfAXfyS8

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=lAcNNA2tbVI

إزاي نعرف إن العلاج جاب نتيجة؟ فخّ الهدوء

«مفيش إسهال، مفيش دم، مفيش وجع — يعني نجحنا؟» الإجابة الصادقة: ليس دائمًا. تعالَ نفرّق بين أن *تشعر* أنك بخير وأن *تكون* بخير.

ثلاث درجات من الخمود

- **خمود إكلينيكي:** اختفت الأعراض وعادت حياتك طبيعية. هدف مهم، لكنه ليس النهاية.
- **خمود معملي:** CRP والكالبروتكتين في المعدل الطبيعي — أي أن الالتهاب هدأ فعلًا لا شعورًا.
- **خمود منظاري (الشفاء المخاطي):** بطانة وردية خالية من القرح. هذا هو «الكنز»، والمرضى الذين يصلون إليه تقل عندهم الانتكاسات والحاجة للكورتيزون ونسبة الجراحة.

هل أحتاج منظارًا في كل مرة؟

لا. المتابعة اليومية تعتمد على الأعراض والتحاليل، والمنظار له محطات محددة:

- بعد بدء علاج جديد بمدة كافية لتقييم أثره.
- قبل التفكير في تقليل الجرعات أو إيقاف دواء.
- عند تغيّر الأعراض بشكل لا تفسّره التحاليل.
- في مواعيد مسح سرطان القولون بعد سنوات من المرض (الفصل 14).

وبين المحطات، يبقى الكالبروتكتين وسيلتنا البسيطة لمراقبة الأمعاء دون تحضير ولا تخدير.

خلاصة الفصل

«إحساسي كويس» بداية جيدة، ودليلها يكتمل بالتحاليل ثم بالمنظار. ثلاثتها معًا هي شهادة أن العلاج نجح بالفعل.

الحلقة 9 من السلسلة

إزاي تتأكد إن العلاج شغال فعلاً؟ سر الشفاء المخاطي

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=yQrOZMbeiRo

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=BihVV3psIZ8

الدواء مابقاش جايب نتيجة.. إمتى نغيّر الخطة؟

«لم أتحسّن على الدواء الجديد»، أو «كنت ممتازًا لسنة وفجأة عادت الأعراض». هل معنى ذلك أن العلاج فشل؟ الإجابة تحتاج تقييمًا بالعقل والدليل قبل قرار التغيير.

ثلاثة أسئلة قبل الحكم على أي دواء

1. هل ما تشعر به **نشاط حقيقي للمرض**؟ قد يكون نزلة معوية، أو عدوى، أو أعراض قولون عصبي مصاحبة (الفصل 4). نثبت ذلك بالتحاليل.
2. هل **الجرعة كافية** لوزنك وحالتك ومدة العلاج كافية لظهور الأثر؟
3. هل أنت **ملتزم فعلًا** بالمواعيد والجرعات دون نسيان أو تأجيل؟

نوعان من الفشل

- **عدم استجابة أولية:** لم يتحسّن المريض منذ البداية رغم مرور المدة الكافية. هنا نراجع التشخيص نفسه، ونستبعد العدوى والمضاعفات، وإذا تأكد الفشل ننتقل إلى مجموعة علاجية أخرى بآلية عمل مختلفة.
- **فقدان الاستجابة الثانوي:** استجاب المريض ثم تراجعت الاستجابة بعد شهور أو سنين. وهذا شائع نسبيًا مع بعض العلاجات البيولوجية.

لماذا يفقد الدواء مفعوله؟ وكيف نعرف؟

إما لأن مستواه في الدم أقل من المطلوب، أو لأن الجسم كوّن **أجسامًا مضادة** ضده. ولمعرفة ذلك بالتحديد يُطلب تحليل **مستوى الدواء والأجسام المضادة (Therapeutic Drug Monitoring)**، ونتيجته تحدد الخطوة التالية:

النتيجة	التفسير	الخطوة التالية غالبًا
مستوى الدواء منخفض، بلا أجسام مضادة	الجرعة لا تكفيك	رفع الجرعة أو تقريب المواعيد
مستوى منخفض مع أجسام مضادة عالية	الجسم يكسر الدواء	تغيير الدواء، أو إضافة مثبط مناعة حسب الحالة
مستوى كافٍ والالتهاب مستمر	هذا المسار الالتهابي لا يستجيب لهذه الآلية	الانتقال إلى مجموعة بآلية عمل مختلفة

تغيير العلاج ليس فشلًا

الـ IBD مرض متغيّر، وتعديل الاستراتيجية جزء من النجاح لا اعتراف بالهزيمة — تمامًا كمريض الضغط الذي يُعدَّل دواؤه كل بضع سنوات. المهم أن يبقى الهدف ثابتًا: الشفاء المخاطي.

الحلقة 10 من السلسلة

إمتى نغيّر العلاج؟ علامات فشل دواء القولون وكرونز

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=DFS6h1YhH4c

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=lL9varuPKnA

الفصل 11 · الحلقة 12

هل فيه شفاء نهائي؟ الحقيقة كاملة

«هل سأبقى هكذا طول عمري؟ أليس هناك دواء ينهي القصة للأبد؟» سؤال من حقك أن تسأله، ومن واجبنا أن نجيب عنه بأمانة.

إذا كان قصدك بالشفاء أن نمحو الاستعداد الجيني ونجعل المناعة تنسى تمامًا، فالعلم حتى اليوم لا يملك ذلك. لكن هذه ليست نهاية الحكاية، لأن بين «الشفاء الكامل» و«المرض المسيطِر» مساحة واسعة اسمها **السيطرة**، وفيها يعيش معظم المرضى حياة طبيعية.

الفرق بين Cure وControlg

الـ IBD كالضغط والسكر: أمراض مزمنة نروّضها بالعلاج والمتابعة. والوصول إلى الخمود التام — أعراض صفر، تحاليل كشخص سليم، ومنظار نظيف — يعني أنك «عمليًا» تعيش بلا مرض: تأكل، وتسافر، وتعمل، وتُنجب. المهم أن يكون المرض هو التفصيلة في حياتك، لا أن تكون حياتك هي التفصيلة في المرض.

هل تتوقف النوبات للأبد؟

هناك مرضى يدخلون في فترات هدوء تمتد سنوات طويلة. وثمن ذلك معروف: الالتزام بالعلاج، والمتابعة وأنت بخير، والتدخل المبكر عند أول إشارة. لا ضمانة مكتوبة لأحد، لكن احتمالاتك تتحسّن كثيرًا بهذه الثلاثة.

والمستقبل؟

العلم لا يقف. كل بضع سنوات تدخل مجموعات دوائية جديدة بآليات مختلفة، وتتقدم الأبحاث في فهم **الميكروبيوم** (بكتيريا الأمعاء) وفي الطب الشخصي الذي يختار الدواء المناسب لكل مريض من أول مرة. المستقبل أفضل من الماضي بفارق

واضح.

رسالة لمن تشخيصه جديد

حياتك لم تقف. بالعلاج الصحيح ستدرس، وتعمل، وتتزوج، وتُنجب، وتسافر. الـ IBD تفصيلة في حياتك وليس كل حياتك — وأنت أقوى من التهاب.

الحلقة 12 من السلسلة

هل فيه شفاء نهائي؟.. الحقيقة المرة والحلم الحلو

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=OUsDC59_vHg

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=t1kmw2hUcK0

الباب الثالث

لغز التغذية.. آكل إيه وأشرب إيه؟

بين من يقول «امنع كل شيء» ومن يَعِد بنظام يشفي المرض، هنا الكلام المتّزن.

الفصل 12 · الحلقة 6

الأكل: سبب ولا محفّز؟

أول سؤال بعد التشخيص: «آكل إيه يا دكتور؟» وتبدأ رحلة الحرمان: هذا يمنع الألبان، وذاك يحصره في المسلوق، وثالث يخوّفه من الخضار. حتى يصير المريض خائفًا من الطعام نفسه.

القاعدة التي يُبنى عليها كل شيء

الأكل **لا يسبب** كرون ولا القولون التقرحي؛ هذه أمراض مناعية. لكن الأكل **محفّز**: صنف يهدّئ الأمعاء وصنف يهيّجها. وبين المرضى فروق كبيرة: ما يتعبني قد يريحك، والعكس. ولذلك لا يوجد «نظام غذائي واحد» لمرضى الـ IBD.

قاعدتان حسب حالة المرض

- **وقت الهجمة:** الأمعاء جرح مفتوح. نخفف الحِمل الميكانيكي: أكل سهل الهضم، مطبوخ جيدًا، وجبات صغيرة متكررة، وتقليل مؤقت للألياف القاسية والدهون الثقيلة والمقليات.
- **وقت الخمود:** الهدف **التنوّع** لا الحرمان. نعيد الألياف تدريجيًا لأن بكتيريا الأمعاء النافعة تتغذى عليها، ونبني مخزونًا غذائيًا يقوّي الجسم.

الأنظمة المشهورة: ماذا نعرف عنها؟

هناك أنظمة دُرست فعلًا وتُستخدم في سياقات محددة وتحت إشراف: Low FODMAP لتخفيف أعراض الانتفاخ والمغص في فترة الخمود (ليس لعلاج الالتهاب)، ونظام CDED للأطفال والشباب في كرون، والتغذية المعوية الحصرية التي تُستخدم في أطفال كرون لإخماد النوبة. المشترك بينها جميعًا أنها **تحتاج إشرافًا من طبيب وأخصائي تغذية**، وأنها ليست بديلًا عن الدواء.

احذر هذه الجملة

«النظام الغذائي الذي يشفي كرون نهائيًا». لا يوجد نظام غذائي يُغني عن العلاج المناعي، ومن يعدك بذلك يعرّضك لانتكاسة ثمنها غالٍ. الصيغة الصحيحة: **دواء مناسب + غذاء متوازن = سيطرة**.

النواقص التي يجب متابعتها

بسبب الالتهاب وسوء الامتصاص وضعف الشهية، يشيع نقص **الحديد** و**فيتامين B12** (خاصة بعد استئصال نهاية الأمعاء الدقيقة) و**فيتامين D** و**حمض الفوليك** و**الزنك**. التعويض يكون بناءً على التحاليل لا بالتخمين، فزيادة بعض المكملات ضارة بدورها.

الحلقة 6 من السلسلة

آكل إيه لو عندي كرون أو قولون تقرحي؟ دليل التغذية الصحيح

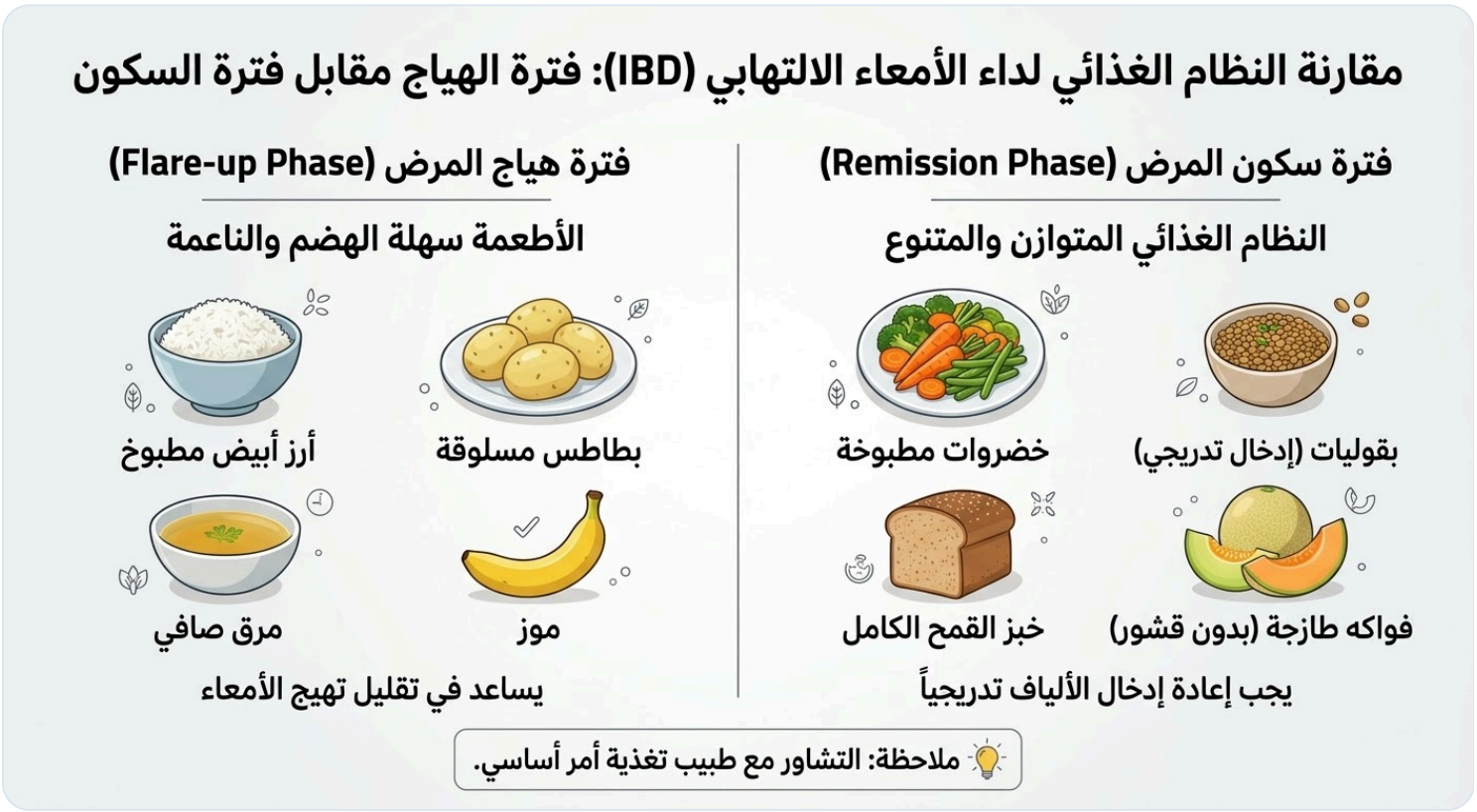
شاهد الحلقة كاملة – https://www.youtube.com/watch?v=gw1Hy50xJwo

الملخص في دقيقة – https://www.youtube.com/watch?v=4KpdCsWvzZw

الفصل 13 · الحلقة 15

روشتة المطبخ: وقت الهجمة ووقت الهدوء

الفصل السابق وضع القاعدة، وهذا الفصل ينزل بها إلى المطبخ: ماذا تضع في الطبق اليوم؟



الفرق بين طبق وقت الهجمة وطبق وقت الهدوء. الحرمان مرحلة مؤقتة، لا أسلوب حياة.

وقت الهجمة: أرِح الأمعاء

يُفضَّل	يُؤجَّل مؤقتًا
أرز أبيض، بطاطس مهروسة، مكرونة مسلوقة، خبز أبيض، شوربة ومرق، دجاج أو سمك مسلوق أو مشوي بلا دهون، موز، تفاح مسلوق أو مقشر، زبادي حسب تحمّلك	الخضار النيء والسلطة، الفاكهة بقشرها، البقوليات (فول، عدس، حمص)، المكسرات والبذور، المقليات والأكل المسبك، الشطة والبهارات الحارة، المشروبات الغازية والكافيين الزائد، الحليب إن كنت لا تتحمله في النوبة

- **وجبات صغيرة متكررة** (5–6 يوميًا) أفضل من وجبة واحدة ثقيلة.
- **السوائل أولوية:** ماء ومحلول معالجة الجفاف مع الإسهال الشديد.
- **البروتين مهم** حتى أثناء النوبة؛ الجسم يفقده مع الالتهاب، ونقصه يؤخّر الالتئام.

وقت الهدوء: وسّع دائرتك بذكاء

- أدخِل **صنفًا واحدًا جديدًا كل ثلاثة أيام** وراقب أثره، فيسهل عليك تحديد المتهم.
- ابدأ بالخضار المطبوخ والفواكه المقشرة، ثم تدرّج نحو الألياف الكاملة.
- سجّل ما تأكله وما تشعر به في مذكرات الأكل (ملحق د)؛ فأمعاؤك تتغير مع الوقت، وما أتعبك قبل شهور قد يناسبك اليوم.
- لا تمتنع عن مجموعة غذائية كاملة (الألبان مثلًا) إلا بدليل من تجربتك أو تحليل، ومع تعويض الكالسيوم.

حالة خاصة: الضيق المعوي

إذا كان عندك ضيق معروف في الأمعاء (شائع في كرون)، فنظام قليل الألياف وقليل البقايا يكون أحيانًا دائمًا لا مؤقتًا، وتجنّب المكسرات والبذور والقشور يقلّل خطر الانسداد. هذا قرار طبي بعد الأشعة أو المنظار.

خلاصة الفصل

الأكل ليس عدوك، بل الوقود الذي يجعلك قادرًا على مقاومة المرض. تعلّم أن تسمع لأمعائك، واستعِن بأخصائي تغذية له خبرة في الـ IBD إذا نزل وزنك أو ضاقت قائمة طعامك أكثر من اللازم.

الحلقة 15 من السلسلة

لغز التغذية في الكرونز والقولون التقرحي

شاهد الحلقة كاملة – https://www.youtube.com/watch?v=kXQVcjSQB3w

الملخص في دقيقة – https://www.youtube.com/watch?v=pyh_OYOTaKY

الباب الرابع

المضاعفات والتحديات الخاصة

الأسئلة التي يخاف المرضى من طرحها — بإجابات صريحة ومتوازنة.

الفصل 14 · الحلقة 11

هل التهاب الأمعاء بيقلب سرطان؟

أكثر سؤال يخيف المرضى، وأكثر سؤال يدفع بعضهم — بالمفارقة — إلى الهروب من المتابعة. إليك الإجابة العلمية بلا تهويل ولا تهوين.

نعم، الالتهاب المزمن الممتد سنوات في القولون قد يرفع احتمال الإصابة بسرطان القولون مقارنة بعموم الناس. لكن هذا الخطر **ليس واحدًا عند الجميع**، ويعتمد على ثلاثة عوامل أساسية:

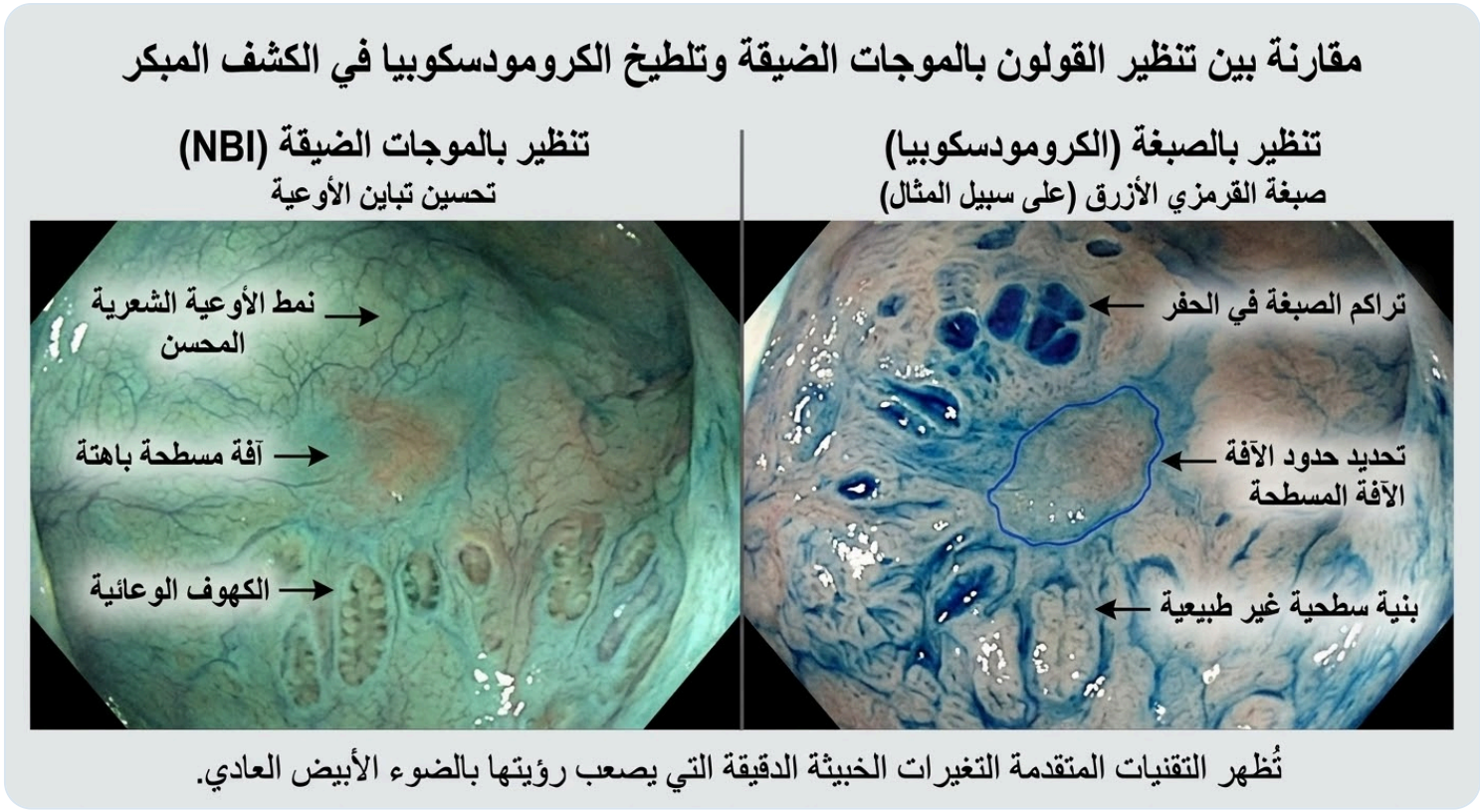
- **مدة المرض:** يبدأ الاهتمام بالمسح الدوري عادة بعد نحو 8 إلى 10 سنوات من بداية الأعراض.
- **شدة الالتهاب واستمراره** خلال تلك السنوات.
- **امتداد المرض** في القولون: كلما اتسعت المساحة المصابة زاد الاهتمام.

ويزيد الخطر أيضًا مع وجود تاريخ عائلي لسرطان القولون، أو التهاب القنوات الصفراوية المصلّب (PSC) — وهؤلاء يبدأ مسحهم مبكرًا ويتكرر سنويًا.

كيف نحمي أنفسنا عمليًا؟

بأمرين، لا ثالث لهما:

1. **السيطرة على الالتهاب.** المريض الذي يصل إلى شفاء مخاطي ويحافظ عليه يقترب خطره كثيرًا من خطر الشخص العادي. التزامك بالعلاج ليس من أجل راحة اليوم فقط.
2. **المنظار الدوري للمسح.** ونحن فيه لا نبحث عن ورم، بل عن **تغيّرات مبكرة في الخلايا (Dysplasia)** — وهي ليست سرطانًا، بل مرحلة ما قبله، يمكن إزالتها بالمنظار وإنهاء القصة.



تقنيات المنظار الحديثة (الصبغات والضوء الطيفي والتكبير) تُظهر تغيّرات مسطحة دقيقة يصعب رؤيتها بالضوء الأبيض العادي – وهذا هو جوهر المسح الدوري.

خلاصة الفصل

وجود خطر محتمل لا يعني أنه سيقع. الخوف لا يمنع المرض، والمتابعة تمنعه. التزم بموعد منظار المسح الذي يحدده طبيبك – فالاكتشاف المبكر يعني علاجًا بسيطًا ونتيجة ممتازة.

الحلقة 11 من السلسلة

سؤال بيخوف الكل.. هل التهاب الأمعاء بيقلب سرطان؟

شاهد الحلقة كاملة – https://www.youtube.com/watch?v=Thhqutd0QEk

الملخص في دقيقة – https://www.youtube.com/watch?v=3Q56dpvJvfg

وجع المفاصل والعين والجلد: ليه الـ IBD مش بس في الأمعاء؟

«عندي التهاب قولون، فما الذي جاء بوجع الركبة؟ ولماذا احمرّت عيني فجأة؟» لأن المشكلة في الجهاز المناعي لا في القولون وحده، وحين تختل المناعة قد تضرب في أماكن أخرى.

المفاصل – الشكوى الأولى

نوعان مختلفان في السلوك والعلاج:

- **التهاب المفاصل الطرفية:** الركبة والكاحل والرسغ. غالبًا يشتدّ مع نشاط الأمعاء ويهدأ بهدوئها.
- **التهاب المفاصل المحورية:** أسفل الظهر والعمود الفقري، ويميّزه **تيبّس صباحي** يزيد مع الراحة ويخفّ مع الحركة. هذا النوع قد يسير مستقلًا عن نشاط الأمعاء ويحتاج تقييمًا مبكرًا مع طبيب الروماتيزم لحماية المفصل.

العين – حالة لا تحتمل التأجيل

طوارئ عيون في نفس اليوم

احمرار شديد، ألم داخل العين، زغللة، أو عدم احتمال الضوء — لا تضع قطرة من عندك ولا تنتظر. التهاب القزحية واليوفيا يُعالَج بسرعة فيُشفى تمامًا، وتأخيره قد يؤثر على الإبصار.

الجلد

قد تظهر عُقَد حمراء مؤلمة تحت جلد الساقين (Erythema nodosum) وهي غالبًا مرآة لنشاط الأمعاء وتهدأ بعلاجه، أو قرح جلدية أعمق (Pyoderma gangrenosum) تحتاج علاجًا مناعيًا موجّهًا ولا تُعامل كجرح عادي.

الكبد والقنوات الصفراوية

قد ترتفع إنزيمات الكبد لأسباب عديدة منها الأدوية، وقد يصاحب الـ IBD — خاصة القولون التقرحي — **التهاب القنوات الصفراوية المصلّب (PSC)**. ولهذا نطلب وظائف الكبد دوريًا: ليس تخويفًا، بل لالتقاط أي تغيّر مبكرًا.

وما لا يراه المريض

- **أنيميا نقص الحديد** — الأكثر شيوعًا، وتفسّر جزءًا كبيرًا من الإرهاق.
- **هشاشة العظام** — مع الالتهاب المزمن والكورتيزون المتكرر ونقص فيتامين D.
- **زيادة خطر الجلطات** أثناء النوبات الشديدة والدخول للمستشفى، ولذلك قد يصف الطبيب وقاية دوائية أثناء الحجز.

الخبر الجيد

كثير من العلاجات الحديثة — وبعض البيولوجي خاصة — تهدّئ الأمعاء والمفاصل والعين والجلد معًا. ولذلك فإن ظهور أعراض خارج الأمعاء ليس معناه أن حالتك ساءت، بل أننا نحتاج خطة علاج شاملة، وطبيب الجهاز الهضمي هو المايسترو الذي ينسّق بين التخصصات.

الحلقة 18 من السلسلة

وجع المفاصل والعين؟.. ليه الـ IBD مش بس في الأمعاء!

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=7JMkk39gRk8

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=3flv9emJtwk

الفصل 16 · الحلقة 23

ناسور الكرون: ليه الجراحة لوحدها مش كفاية؟

ألم لا يسكت، وإفرازات مستمرة، وخُراج بعد خُراج حول الشرج. هذه من أصعب صور كرون نفسيًا وجسديًا، ولها بروتوكول علاج واضح — لكن تطبيقه بالترتيب الخاطئ يضيّع سنوات من عمر المريض.

ما هو الناسور؟

قناة أو «نفق» غير طبيعي يصل بين داخل المستقيم أو الأمعاء وبين الجلد خارجًا. يحدث لأن التهاب كرون **عميق** يخترق جدار الأمعاء ويبحث عن مخرج. وقد يتجمّع فيه الصديد فيتكوّن خُراج مؤلم جدًا.

العلامات التي تستدعي الكلام مع طبيبك فورًا

- صديد أو دم في الملابس الداخلية، أو بلل دائم في المنطقة.
- تورّم مؤلم يأتي ويذهب (خُراج يتجمّع ويُفرَّغ تلقائيًا).
- جرح لا يلتئم رغم المضادات الحيوية المعتادة.
- ألم شديد مع الجلوس أو الإخراج، وأحيانًا حرارة.

الخطأ الشائع: جراحة بلا علاج مناعي

أن تُجرى عملية ناسور تقليدية عند جرّاح غير متخصص بينما الالتهاب المناعي ما زال نشطًا داخل الأمعاء — فيعود الناسور، ويتكرر التدخل، ومع كل تدخل غير محسوب يزيد خطر الإضرار بعضلات التحكم. القاعدة الذهبية: **عالِج المناعة يلتئم الجرح**.

البروتوكول الصحيح: فريق لا فرد

1. **تصوير بالرنين المغناطيسي للحوض (MRI Pelvis)** لرسم خريطة النفق وتفرّعاته، مع فحص تحت التخدير عند الحاجة.
2. **تصريف الخُراج** إن وُجد — لا يُعالَج خُراج بدواء وحده.
3. **خيط التصريف (Seton)**: خيط طبي يبقي القناة مفتوحة تصرّف نفسها فلا يُحبس الصديد مجددًا.
4. **العلاج البيولوجي** — وهو البطل الحقيقي هنا — ليطفئ الالتهاب الذي حفر النفق، وأحيانًا مع مثبط مناعة ومضاد حيوي لفترة.
5. **الإصلاح الجراحي الدقيق** في النهاية، بعد أن تهدأ الحريقة، وبيد جرّاح متمرّس في جراحات الـ IBD.

> **رسالة مهمة**
>
> الناسور ليس حكمًا مؤبدًا، وهو جزء معروف من المرض له علاج متاح. لا تخجل من ذكره لطبيبك؛ الصمت عنه هو وحده ما يطيل المعاناة.

الحلقة 23 من السلسلة

ناسور الكرون: ليه العمليات بتفشل؟ والحل النهائي لعلاجه

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=NmdQbibqjic

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=zFiVaymTC70

الفصل 17 · الحلقة 16

الجراحة في الـ IBD: هل هي فشل ولا إنقاذ؟

أول ما ينطق الطبيب بكلمة «جراحة» يشعر المريض أن الدنيا وقفت. لكن الجراحة في أمراض الأمعاء المناعية ليست هزيمة؛ هي في أحيان كثيرة خطة إنقاذ تعيد إليك أكلك وعملك وحياتك بعد سنوات من التعب.

متى نحتاجها؟

- مضاعفات لا تُحل بالدواء: خُراج، ناسور معقّد، انسداد.
- ضيق شديد يمنع مرور الطعام.
- ثقب في الأمعاء، أو نزيف شديد لا يتوقف.

- نوبة شديدة جدًا لا تستجيب للعلاج المكثف في المستشفى.
- اكتشاف تغيّرات ما قبل سرطانية أو سرطان في المتابعة.

وهدف الجرّاح ليس استئصال أكبر قدر، بل **حل المشكلة بأقل خسارة ممكنة**.

الفرق بين المرضين

	القولون التقرحي	مرض كرون
طبيعة الجراحة	استئصال القولون (وأحيانًا المستقيم) يُنهي أعراض المرض في القولون إلى حد كبير	استئصال الجزء المتضرر فقط، أو توسيع الضيق (Strictureplasty) للحفاظ على طول الأمعاء
هل تنهي المرض؟	تُنهي التهاب القولون، وتبقى متابعة باقي المضاعفات	لا — تزيل المضاعفة، والمرض قد يعود في مكان آخر، ولذلك يلزم علاج وقائي بعدها
بعد الاستئصال	كيس داخلي من الأمعاء الدقيقة (J-Pouch) للإخراج الطبيعي في حالات مناسبة، أو فتحة إخراج حسب الحالة	وصل الطرفين غالبًا، مع فتحة إخراج مؤقتة أحيانًا لحماية الوصلة

«الكيس» (فتحة الإخراج - الستوما)

أكبر مخاوف المريض، ويستحق صراحة كاملة: في حالات كثيرة يكون **مؤقتًا** لبضعة شهور حتى يلتئم مكان العملية، ثم يُغلق. وفي نسبة أقل يكون دائمًا، ومع ذلك يعيش به أصحابه حياة كاملة — عمل وسفر ورياضة وزواج — وقد تطوّرت المستلزمات كثيرًا، وتمريض الستوما المتخصص يختصر شهور التأقلم إلى أسابيع.

التهاب الكيس (Pouchitis) — اعرفه قبل العملية

بعد استئصال القولون وعمل كيس J-Pouch، قد يلتهب الكيس نفسه. وهذه أشهر مضاعفة متأخرة للكيس، ويمرّ بها كثير من أصحابه مرة واحدة على الأقل خلال السنوات الأولى — فليست حالة نادرة ولا علامة على فشل العملية.

- **الأعراض:** زيادة عدد مرات الإخراج عن معدلك المعتاد، إلحاح، مغص، وأحيانًا دم أو حرارة.
- **التشخيص:** بالمنظار وعيّنة من الكيس — لا بالأعراض وحدها، لأن أسبابًا أخرى تعطي الصورة نفسها.
- **العلاج:** الأغلبية تستجيب لكورس قصير من مضاد حيوي مناسب يحدده الطبيب. ونسبة أقل تتحول إلى التهاب متكرر أو مزمن يحتاج خطة أطول أو علاجًا مناعيًا.

لماذا نذكرها هنا

ليست سببًا لرفض العملية — بل معلومة من حقك أن تعرفها قبل القرار، حتى لا تفاجئك بعد شهور فتظن أن العملية فشلت. مضاعفة معروفة ولها علاج، والمهم أن تبلّغ طبيبك مبكرًا بدل أن تنتظر.

نقطة يغفل عنها كثيرون

في كرون، العملية ليست نهاية الدواء. الالتهاب قد يعود عند مكان الوصلة، ولذلك يُبدأ علاج وقائي بعد الجراحة، ويُعمل **منظار تقييمي بعد نحو 6 إلى 12 شهرًا من العملية** لاكتشاف أي عودة مبكرة قبل أن تُحدث ضررًا.

أربعة أسئلة اسألها قبل أي عملية

1. ما هدف العملية بالتحديد، وما البدائل المتاحة؟
2. ما الذي سيُستأصل، وكم تبقى من الأمعاء بعدها؟
3. هل سأحتاج فتحة إخراج؟ ومؤقتة أم دائمة؟
4. ما خطة الدواء والمتابعة بعد العملية؟

واختر جرّاحًا له خبرة محددة في جراحات القولون والـ IBD؛ الخبرة هنا تفرق فرقًا كبيرًا في النتيجة.

الحلقة 16 من السلسلة

الجراحة في الـ IBD.. هل هي فشل ولا إنقاذ؟

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=rnM16fu_aSA

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=bnHS9nR17v8

الباب الخامس

الأمومة والطفولة

أكثر الأبواب حساسية، وأكثرها حاجة إلى معلومة صحيحة في الوقت الصحيح.

الفصل 18 · الحلقة 13

الأمومة والـ IBD: هل الحلم ممكن؟

«هل أستطيع الحمل وأنا عندي كرون؟ وهل تشوّه الأدوية الجنين؟ وهل أرضع طبيعيًا؟» أسئلة مشروعة تدور في ذهن كل فتاة وامرأة بعد التشخيص. والإجابة المختصرة: نعم، الأمومة ممكنة وآمنة — بشرط التخطيط.

الخصوبة

في أغلب الحالات تكون خصوبة مريضة الـ IBD طبيعية كأي امرأة أخرى، ما دام المرض في حالة خمود. ما يؤثر فعلًا على الخصوبة هو **نشاط الالتهاب** نفسه، وبعض جراحات الحوض السابقة. وللرجال كذلك: بعض الأدوية (مثل السلفاسالازين) قد تقلّل الحيوانات المنوية مؤقتًا، ويعود الأمر إلى طبيعته بعد تغييرها باستشارة الطبيب.

القاعدة الذهبية: الحمل يُخطَّط له

يُفضَّل أن يحدث الحمل بعد فترة من **الخمود التام** (عدة شهور على الأقل). السبب أن الحمل أثناء نوبة نشطة يزيد احتمالات الولادة المبكرة وانخفاض وزن المولود. ومن المهم أن تعرفي: حالتك عند بداية الحمل هي أفضل مؤشر على مسار التسعة أشهر.

أكبر خطأ يقع فيه الجميع

إيقاف العلاج بمجرد معرفة الحمل. الالتهاب النشط أخطر على الجنين من أغلب الأدوية التي نستعملها. لا توقفي شيئًا ولا تبدئي شيئًا إلا بقرار من طبيبك.

الأدوية في الحمل

معظم أدوية الـ IBD — ومنها الميسالازين في القولون التقرحي ومعظم العلاجات البيولوجية — تُستكمل في الحمل بأمان في الحالات التي يقررها الطبيب. وهناك أدوية ممنوعة تمامًا وتُغيَّر **قبل** الحمل بفترة كافية (مثل الميثوتريكسات)، **ومجموعة الأقراص الحديثة (مثبطات JAK) لا تُستعمل في الحمل ولا الرضاعة** ويُرتَّب بديلها مسبقًا. ولذلك تكون مراجعة الروشتة قبل محاولة الحمل — لا بعدها — هي الخطوة الأهم.

الولادة والرضاعة

- **الولادة:** معظم مريضات الـ IBD يلدن طبيعيًا. الحالة التي نفضّل فيها القيصرية هي وجود نشاط للمرض حول الشرج (ناسور أو قرح) حفاظًا على المنطقة، إضافة إلى أسباب التوليد المعتادة ومن لديها كيس J-Pouch يُناقَش وضعها خصيصًا.
- **الرضاعة:** مسموحة ومفيدة في أغلب الحالات، وما ينتقل من معظم الأدوية إلى اللبن كميات ضئيلة جدًا. ناقشي كل دواء باسمه مع طبيبك بدلًا من الحرمان الاحتياطي.

وبعد الولادة ينتبه الفريق إلى احتمال نشاط المرض مع التغيّرات الهرمونية والإرهاق وقلة النوم، فتستمر المتابعة في أول شهور الأمومة.

الحلقة 13 من السلسلة

الأمومة والـ IBD.. هل الحلم ممكن؟

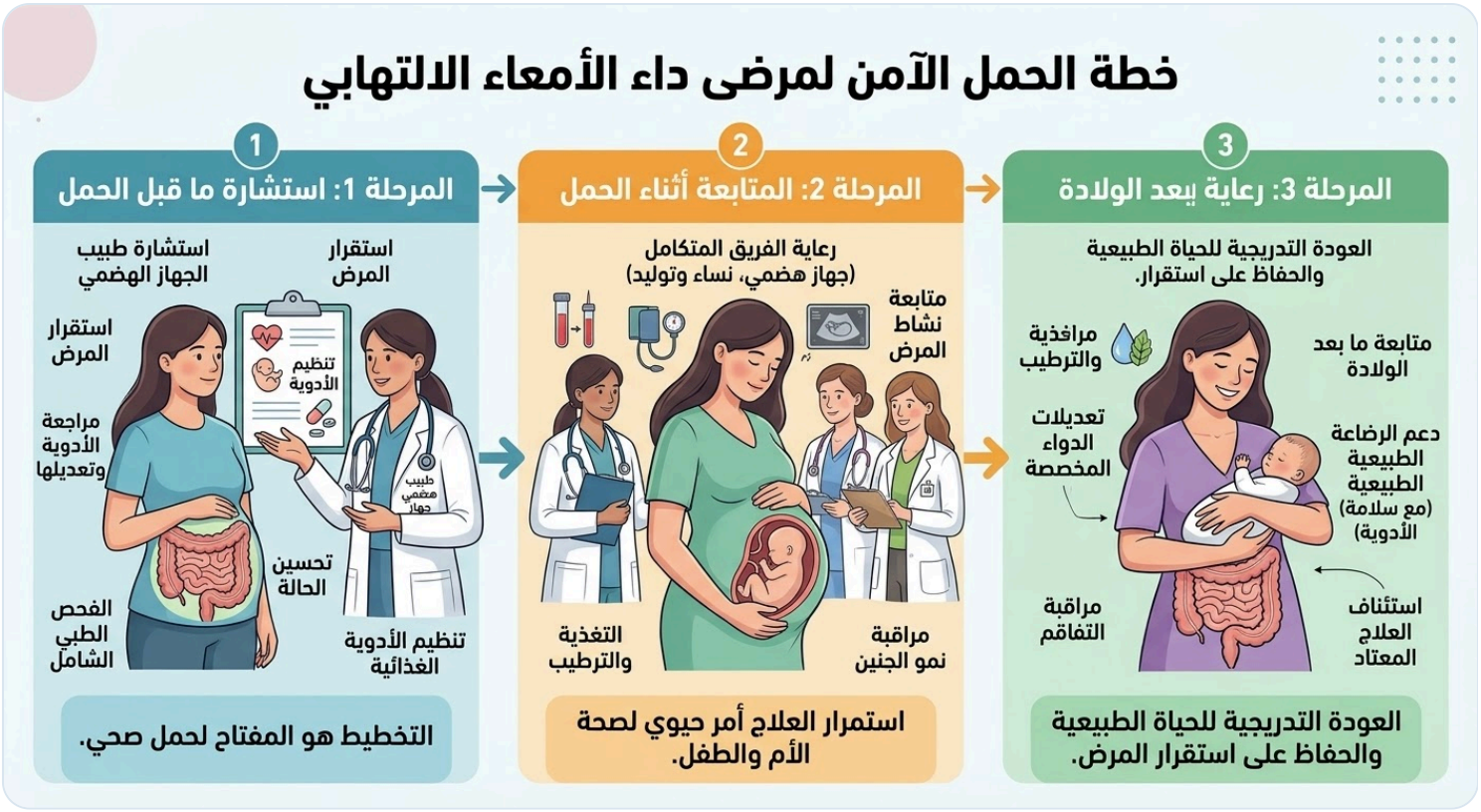
شاهد الحلقة كاملة – https://www.youtube.com/watch?v=2bR3SyfV_eI

الملخص في دقيقة – https://www.youtube.com/watch?v=hB_y2NJP2Kg

الفصل 19 · الحلقة 14

عايزة أحمل؟ الدليل العملي خطوة بخطوة

أهم مرحلة في رحلة الحمل مع الـ IBD ليست التسعة أشهر، بل الشهور التي تسبقها. هذه خطة عمل مرتّبة.



ثلاث محطات: ما قبل الحمل، وأثناءه، وبعد الولادة — ولكل محطة مهام واضحة.

المرحلة الأولى: قبل الحمل

- [ ] تأكيد أن المرض في **خمود** : لا أعراض، تحاليل هادئة، ويفضَّل منظار حديث يؤكد ذلك.
- [ ] **مراجعة كل الأدوية** مع طبيب الجهاز الهضمي: ما يُستكمل، وما يُغيَّر، ومتى.
- [ ] تحاليل شاملة: صورة دم ومخزون الحديد وفيتامين D و B12 ووظائف الكبد والغدة الدرقية ومؤشرات الالتهاب، وتعويض أي نقص قبل الحمل.
- [ ] **حمض الفوليك** قبل الحمل بالجرعة التي يحددها طبيبك (قد تكون أعلى من المعتاد مع بعض الأدوية أو بعد جراحات الأمعاء الدقيقة).
- [ ] مراجعة **سجل التطعيمات** واستكمال الناقص — فاللقاحات الحية لا تُعطى أثناء العلاج المثبط للمناعة ولا في الحمل.
- [ ] **التوقف عن التدخين** — وهذا بالذات يغيّر مسار كرون ومسار الحمل معًا.
- [ ] تغذية متوازنة لا حمية قاسية، ووزن صحي قبل البدء.

المرحلة الثانية: أثناء الحمل

- **فريق مزدوج:** طبيب الجهاز الهضمي وطبيب النساء والتوليد، ويتواصلان في القرارات المشتركة.
- الاستمرار على العلاج المتفق عليه وعدم إيقافه عند أول قلق.

- متابعة الأنيميا وفيتامينات الحمل، ومتابعة نمو الجنين بالسونار المعتاد.
- الإبلاغ المبكر عن أي عَرَض جديد — فعلاج نوبة في بدايتها أسهل وأأمن للأم والجنين.
- مناقشة مواعيد آخر جرعات بعض الأدوية في الثلث الأخير من الحمل، حسب نوع الدواء وتوصية الطبيب.

المرحلة الثالثة: بعد الولادة

- استئناف أو استكمال العلاج حسب الخطة، والمتابعة في أول ستة شهور.
- الرضاعة حسب ما نوقش مسبقًا، مع ترطيب وتغذية جيدة للأم.
- **تطعيمات المولود:** أخبري طبيب الأطفال بأن الأم كانت على علاج بيولوجي أثناء الحمل، فبعض اللقاحات الحية للرضيع يُنظَّم توقيتها في الشهور الأولى.
- طلب الدعم في البيت: قلة النوم والإرهاق من محفزات النشاط المعروفة.

خلاصة الفصل

المفتاح ثلاث كلمات: **خطّطي، سيطري، تابعي.** والمرأة التي تدخل الحمل ومرضها هادئ ودواؤها مضبوط، رحلتها غالبًا تشبه رحلة أي أم أخرى.

الحلقة 14 من السلسلة

عايزة أحمل؟.. الدليل العملي خطوة بخطوة

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=7p_igJ8od7w

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=KSk_czQAwcg

الفصل 20 · الحلقة 19

ابني مش بيكبر؟ الـ IBD عند الأطفال والمراهقين

أحيانًا لا يبدأ المرض عند الطفل بإسهال ولا بدم، بل بعلامة واحدة: تأخر النمو. وهذا فصل للأهل قبل أن يكون للطفل.

خمس علامات لا تتجاهلوها

1. **توقف الطول** أو تباطؤه بوضوح عن منحنى النمو وعن أقرانه.

2. **فقدان وزن** غير مبرر، أو طفل «لا يشيل لحمًا» مهما أكل.
3. **أنيميا مزمنة** لا تتحسن بالحديد.
4. **تأخر علامات البلوغ** عن السن الطبيعي.
5. **ألم مفاصل** يمنع الطفل من اللعب، أو إرهاق دائم وشحوب.

إذا اجتمعت علامتان أو ثلاث لأكثر من أربعة أسابيع، فالتقييم المتخصص ليس مبالغة.

لماذا يتأثر النمو؟

الالتهاب المزمن يسرق طاقة الجسم ويستهلكها في معركة المناعة بدلًا من البناء، ويضاف إليه سوء الامتصاص وضعف الشهية وأحيانًا الكورتيزون المتكرر. ولأن نافذة النمو والبلوغ **لا تُفتح مرتين**، يصبح الوقت نفسه جزءًا من العلاج.

استراتيجية العلاج عند الأطفال

المدرسة الحديثة تميل إلى **التدخل المبكر والفعّال**: الوصول إلى خمود تام في أسرع وقت، واللجوء إلى العلاجات البيولوجية مبكرًا في الحالات المناسبة — ليس لأن الحالة خطيرة بالضرورة، بل لحماية النمو ومنع التليّف. وللأطفال أيضًا خيارات تغذوية علاجية (التغذية المعوية الحصرية في كرون) تُستخدم تحت إشراف متخصص.

ولا ننسى: متابعة الوزن والطول في كل زيارة، وفيتامين D والكالسيوم لصحة العظام، وتقليل الاعتماد على الكورتيزون قدر الإمكان لأنه يؤثر على النمو.

المدرسة والمراهقة

- إبلاغ المدرسة والحصول على تسهيل واضح لدخول الحمام دون إذن متكرر أو إحراج.
- ترتيب الامتحانات والغياب أثناء النوبات مع الإدارة مسبقًا.
- مع المراهق: نقل المسؤولية تدريجيًا — أن يعرف اسم دوائه ومواعيده ويشارك في قرار العلاج، استعدادًا للانتقال إلى عيادة الكبار.
- الانتباه للجانب النفسي: صورة الجسد، والمقارنة بالأصدقاء، والخجل — وكلها تؤثر على الالتزام بالعلاج أكثر مما يتخيل الأهل.

رسالة للأب والأم

هدفنا ليس «أدوية كثيرة»، بل أن يأكل الطفل جيدًا، ويمتص جيدًا، وينمو جيدًا، ويذهب إلى مدرسته ويلعب كرة. كل تأخير في العلاج يقلل فرصة اللحاق بقطار النمو في وقته.

الحلقة 19 من السلسلة

ابني مش بيكبر؟ التهاب الأمعاء المناعي عند الأطفال

شاهد الحلقة كاملة – https://www.youtube.com/watch?v=aN-7WOd5-Is

الملخص في دقيقة – https://www.youtube.com/watch?v=k-HjImOXLVE

الباب السادس

الحياة اليومية

المرض لا يعيش في العيادة وحدها، بل في العمل والجامعة والسفر وفي رأسك أنت.

الفصل 21 · الحلقة 20

الـ IBD والمجتمع: الشغل والدراسة والسفر

«أخاف أن أخبرهم في العمل فيرفضوني»، «أخجل أن أطلب دخول الحمام كل قليل أمام زملائي». الوصمة والخجل أحيانًا أصعب من الوجع نفسه — وهذا الفصل في مواجهتهما.

كيف أتكلم عن مرضي؟ (المواجهة الذكية)

لست مضطرًا لرواية قصتك لكل الناس. لكن في العمل والدراسة، الصيغة المختصرة المحترمة تفتح أبوابًا: بدلًا من «أنا عيّان ومتعب»، قل: **«عندي حالة صحية مزمنة ومستقرة، وأحتاج أحيانًا تسهيلات بسيطة: قرب من الحمام، ومرونة في المواعيد عند الحاجة»**. حين تُقدَّم المسألة كحالة طبية تُدار، يتعامل الناس معها باحترام.

في المدرسة والجامعة

- إبلاغ الإدارة وتوفير تصريح دائم لدخول الحمام بلا استئذان متكرر.
- ترتيب مسبق لحالات الغياب في النوبات وإعادة الامتحانات عند الضرورة.
- تقرير طبي مختصر من الطبيب المعالج يوضّح الاحتياج دون تفاصيل تخصّك وحدك.

في العمل

- ما يهم مديرك هو **إنتاجيتك**، وأنت منتج ما دمت مسيطرًا على مرضك.
- اطلب العمل من المنزل في أيام التعب إن كان متاحًا، بوضوح ومن غير اعتذار مطوّل.
- رتّب وجباتك في العمل لتتجنب المحفزات قبل الاجتماعات الطويلة.
- احتفظ بأدويتك في مكان ثابت في المكتب حتى لا تتأخر جرعة بسبب نسيان.



شنطة الخروج: خمس دقائق تجهيز تشتري لك راحة بال يوم كامل. التفاصيل في ملحق ب.

السفر

- احمل أدويتك في حقيبة اليد لا في العفش، وبكمية تزيد عن مدة السفر.
- خذ **تقريرًا طبيًا مترجمًا** يذكر تشخيصك وأدويتك — مفيد في المطار وفي أي طوارئ.
- العلاجات التي تحتاج تبريدًا: اسأل الصيدلي عن طريقة الحفظ أثناء السفر.
- اعرف أماكن أقرب مستشفى في وجهتك، وخطط للطريق بمحطات راحة.

خلاصة الفصل

المرض ليس عيبًا، والحمام ليس تهمة. ثقتك في نفسك جزء من العلاج، والخجل الذي يرفع توترك يرفع معه الأعراض. خطّط، وتكلم بوضوح، وعِش.

الحلقة 20 من السلسلة

◀ الـ IBD والمجتمع.. إزاي تنجح في شغلك ودراستك رغم المرض؟

شاهد الحلقة كاملة – https://www.youtube.com/watch?v=fifhFxPhWfU

الملخص في دقيقة – https://www.youtube.com/watch?v=EOvb1RKzu7Q

الفصل 22 · الحلقة 22

السترس والأمعاء: إزاي تهدّي عقلك عشان بطنك ترتاح؟

«لماذا كلما تضايقت انقلب عليّ القولون؟» الارتباط بين المخ والأمعاء ليس كلامًا إنشائيًا، بل اتصال عصبي وهرموني لحظي معروف علميًا.

محور المخ والأمعاء

بين مخك وأمعائك خط مباشر عبر **العصب الحائر**، وفي جدار الأمعاء شبكة عصبية ضخمة يسميها العلماء «المخ الثاني». وحين تتوتر، تصل الإشارة فورًا: تتغير الحركة، وتزيد الحساسية، وترتفع هرمونات التوتر التي تؤثر على المناعة وعلى حاجز الأمعاء.

لنكن دقيقين: **التوتر لا يسبب الـ IBD**، لكنه يزيد الأعراض ويخفض عتبة الاحتمال، وقد يسهم في إشعال النوبة عند بعض المرضى. وهو أيضًا يضعف الالتزام بالعلاج – وهذا أخطر أثر له.

دائرة الوجع والقلق

يقع المريض في حلقة مغلقة: ألم ← قلق من انتكاسة ← توتر ← زيادة الألم ← مزيد من القلق. كسر الحلقة من أي نقطة يخفف الباقي، ويمنح الدواء بيئة هادئة ليعمل فيها.

أدوات عملية مجرّبة

- **التنفس البطيء العميق** دقيقتين عند بداية التوتر – يخفض إشارة الإنذار في جهازك العصبي.
- **المشي أو رياضة خفيفة منتظمة**: تحسّن المزاج والنوم وحركة الأمعاء وكثافة العظام.
- **نوم منتظم**: قلة النوم ترفع مؤشرات الالتهاب فعليًا، والنوم هو وقت إصلاح الجسم لنفسه.
- **مجموعات الدعم**: معرفة أن آلافًا يمرون بالرحلة نفسها تخفف نصف الحمل.
- **حدود واضحة**: تعلّم أن تقول «لا» لما يستنزفك. إدارة الضغط جزء من خطة العلاج وليست رفاهية.

ومتى أحتاج طبيبًا نفسيًا؟

حين يسيطر القلق أو الاكتئاب على حياتك: لا تنام، أو تمتنع عن الخروج، أو تفقد الرغبة في كل شيء، أو تجد نفسك تهمل العلاج. الدعم النفسي — بالعلاج المعرفي السلوكي أو بالدواء عند اللزوم — يحسّن جودة حياتك ويحسّن معه استجابتك للعلاج. طلب المساعدة ليس ضعفًا؛ إنه جزء من روشتة الجهاز الهضمي.

خلاصة الفصل

لن أقول لك «لا تزعل»، بل: تعلّم كيف تتعامل مع الزعل. عقل هادئ هو أول خط دفاع لأمعائك، وبتصالحك مع جسمك تنتهي نصف المعركة لصالحك.

الحلقة 22 من السلسلة

السترس والأمعاء.. إزاي تهدي عقلك عشان بطنك ترتاح؟

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=v3-iXYE2lp8

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=XP4Bv8IANFc

الباب السابع

دليل الطوارئ واستدامة التعافي

ما الذي يُفسد السيطرة؟ وماذا تفعل في أول 48 ساعة؟ وكيف تعيش سنين بلا انتكاسات؟

الفصل 23 · الحلقة 21

10 محفّزات بتعمل نوبة وانت مش واخد بالك

«أنا ملتزم بالعلاج حرفيًا وآكل مسلوقًا، ومع ذلك دخلت في نوبة. ليه؟» لأن السيطرة ليست دواءً وأكلًا فقط؛ هناك حنفية صغيرة تنقّط فتهدّ الأساس.



ثلاثة طرق.. وباب واحد

المحفّزات العشرة لا تعمل بطريقة واحدة: منها ما يهيّج جدار الأمعاء مباشرة، ومنها ما يستنفر المناعة فتضرب الأمعاء معها، ومنها ما يكسر غطاء الدواء الذي يحميك. معرفة الطريق تجعل الوقاية أسهل من الحفظ.

1. **مسكنات مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs).** إيبوبروفين، ديكلوفيناك، وأشباههما. تهيّج بطانة الأمعاء وتوقظ الالتهاب. البديل الآمن غالبًا هو الباراسيتامول — واسأل طبيبك دائمًا قبل أي مسكن.
2. **التهاون في الجرعات وقت الهدوء.** تقليل حبة أو تأجيل حقنة لأنك «بقيت كويس» هو أشهر باب تدخل منه الانتكاسة.

3. **الضغط النفسي غير المُدار.** امتحانات، خلافات، قلق مادي — راجع الفصل 22.
4. **قلة النوم والسهر.** ترفع هرمونات الالتهاب وتترك الجسم بلا «إعادة ضبط».
5. **التدخين — خصوصًا في كرون.** يزيد شراسة المرض، ويرفع احتمالات الجراحة، ويقلل استفادتك من العلاج. خط أحمر بلا نقاش.
6. **الأكل الخاطئ وقت النوبة.** ألياف قاسية ومقليات على أمعاء مجروحة تزيد الألم والإسهال. راجع الفصل 13.
7. **العدوى والنزلات المعوية.** أي عدوى تستنفر المناعة، والمناعة المستنفرة لا تفرّق فتضرب الأمعاء أيضًا. أبلغ طبيبك عند أي نزلة شديدة.
8. **أدوية جديدة بلا مراجعة.** مضاد حيوي، أو دواء حموضة، أو عشب «طبيعي» — بعضها يتعارض مع علاجك أو يخلّ بتوازن بكتيريا الأمعاء. اعرض كل جديد على طبيبك.
9. **إيقاف الكورتيزون فجأة.** صدمة للجسم وللغدة الكظرية، وقد يفجّر نوبة عنيفة. الإيقاف تدريجي وبأمر الطبيب فقط.
10. **الجفاف وقلة شرب الماء.** خاصة مع الإسهال أو الحرّ أو بعد جراحات الأمعاء — وهو أسهل محفّز يمكن تجنّبه.

اعرف محفّزاتك أنت

فوق هذه العشرة، لكل مريض قائمته الخاصة. سجّلها — في مذكرات الأكل والأعراض — خلال ثلاثة شهور، وستفاجأ بوضوح النمط أمامك.

الحلقة 21 من السلسلة

إيه اللي يبوّظ السيطرة؟ 10 محفزات بتعمل نوبة

شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=pWzjWnJp6LI

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=FYboITDlJU0

الفصل 24 · الحلقة 24

أول 48 ساعة في الانتكاسة

«كنت بخير منذ شهور، وفجأة دخلت الحمام خمس مرات ومعي دم ومغص شديد. أوقف الدواء؟ أزيد الجرعة؟ أذهب للطوارئ؟» هذا الفصل خطة مكتوبة تحتفظ بها قبل أن تحتاجها.

أولًا: هل هي انتكاسة فعلًا؟

قبل أن تلوم المناعة، اسأل نفسك أربعة أسئلة:

1. هل أكلت طعامًا مشكوكًا فيه؟ (نزلة معوية تُقلّد الصورة تمامًا.)
2. هل حولك أحد مصاب بعدوى معوية؟
3. هل أخذت مضادًا حيويًا مؤخرًا؟
4. هل تناولت مسكّنًا من مجموعة NSAIDs؟

ثانيًا: ما تفعله في أول 24 ساعة

- [ ] **لا توقف علاجك.** أخطر قرار في هذه اللحظة هو إيقاف الحقنة أو مثبط المناعة من تلقاء نفسك.
- [ ] **تواصل مع طبيبك** اليوم، لا بعد أسبوع.
- [ ] **السوائل أولوية:** ماء ومحلول معالجة جفاف وشوربة؛ الجفاف يضاعف الإرهاق والدوخة.
- [ ] **أكل مهدّئ:** أرز أبيض، بطاطس مسلوقة، موز، شوربة — وابتعد مؤقتًا عن الألياف القاسية والمقليات والألبان إن كانت تتعبك.
- [ ] **سجّل الأرقام:** عدد مرات الإخراج يوميًا، وجود الدم، الحرارة، الوزن، والألم من 10. هذه بالضبط ما سيسألك عنه طبيبك.

لا تنتظر 48 ساعة — اذهب للطوارئ فورًا إذا

- إسهال دموي أكثر من ست مرات يوميًا.
- حرارة عالية مستمرة مع رعشة.
- ألم بطن شديد لا يُحتمل أو انتفاخ مفاجئ.
- دوخة وهبوط وعلامات جفاف شديد، أو شحوب ونبض سريع.
- قيء مستمر وتوقّف الإخراج والريح.

ثالثًا: ماذا سيطلب الطبيب؟

غالبًا: صورة دم وCRP، وكالبروتكتين البراز، ومزرعة براز مع فحص سموم بكتيريا Clostridioides difficile، وأحيانًا أشعة أو منظار محدود. والسبب جوهري: أن يفرّق بين **عدوى تحتاج مضادًا حيويًا** وبين **نشاط مناعي يحتاج تكثيف العلاج** — والتصرف في أحدهما عكس الآخر تمامًا.

رابعًا: لو تأكدت الانتكاسة

الخطة المعتادة: كورتيزون لفترة قصيرة كجسر لتهدئة الوضع، مع مراجعة علاج المحافظة — رفع جرعة، أو تقريب المواعيد، أو تغيير الدواء إن تكررت النوبات. الهدف أن نطفئ الحريقة وهي صغيرة.

أربعة «لا» تحفظها

- **لا** توقف علاجك فجأة.
- **لا** ترفع جرعة الكورتيزون من عندك.
- **لا** تتجاهل النزيف انتظارًا لأن «يروح لوحده».
- **لا** تأخذ نصيحة علاجية من مجموعات التواصل — حالتك غير حالة غيرك.

الحلقة 24 من السلسلة

أول 48 ساعة لو تعبت فجأة: دليل الطوارئ لمرضى الـ IBD

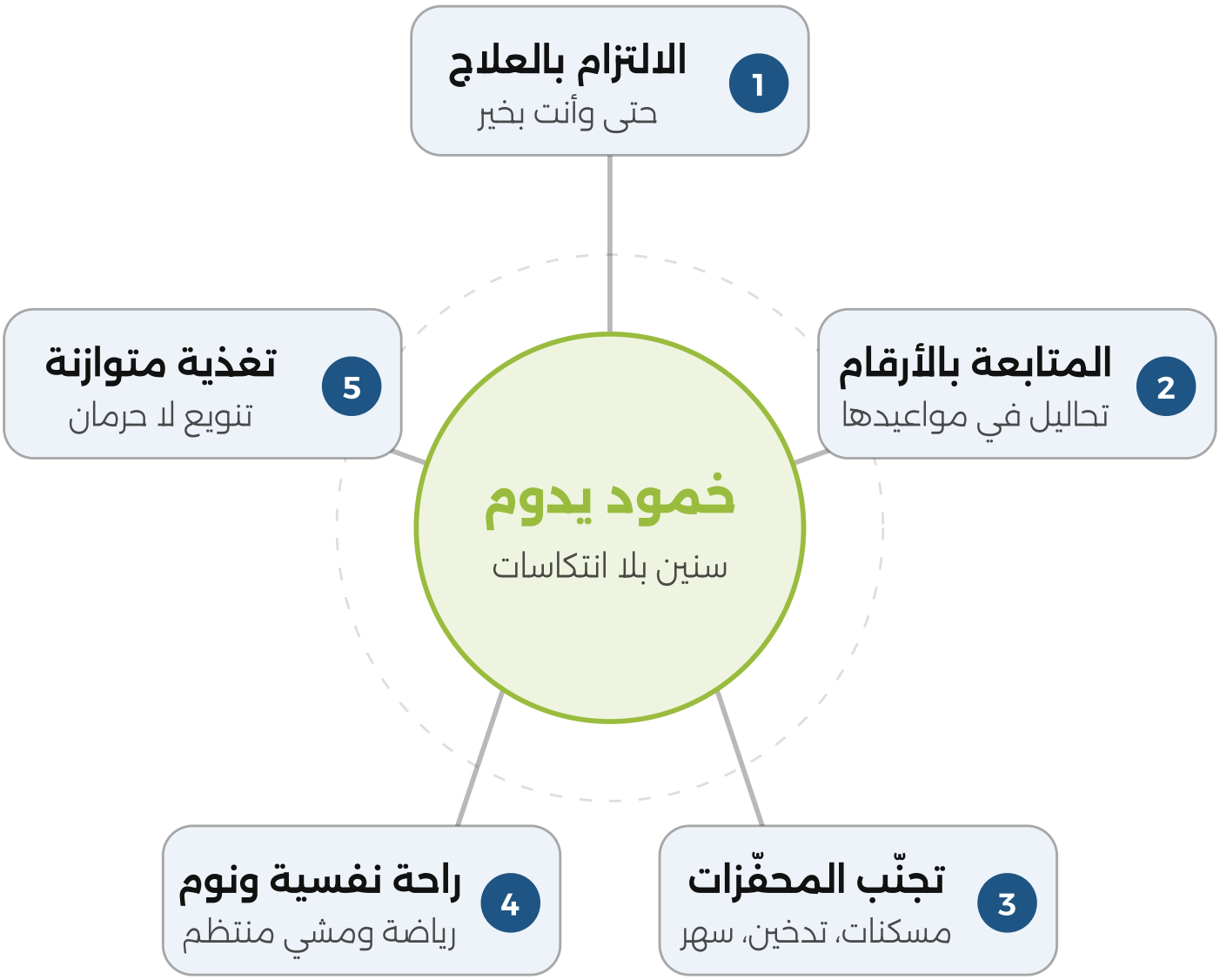
شاهد الحلقة كاملة — https://www.youtube.com/watch?v=cI2kTMTA-Hk

الملخص في دقيقة — https://www.youtube.com/watch?v=mMD6dPa21oQ

الفصل 25 · الحلقة 25

5 قواعد ذهبية لاستدامة التعافي

«الحمد لله بقيت كويس.. إيه الضمان إن ده يستمر؟» الوصول إلى القمة أسهل من البقاء فيها. هذه خلاصة الكتاب في خمس قواعد.



لو سقط عمود، زاد الحِمل على الباقي

خمسة أعمدة تسند الخمود. أربعة منها قرارات يومية صغيرة، والخامس هو أن تتابع بالأرقام قبل أن تظهر الأعراض – وهذا ما يجعل الهدوء يطول.

1) احذر فخّ «أنا بقيت كويس»

أكبر عدو لمريض الـ IBD هو التحسّن نفسه، لأنه يغري بالتهاون. الدواء ليس لتسكين الوجع، بل لمنع عودة الالتهاب. الالتزام وقت الهدوء هو ما يصنع الهدوء التالي.

2) تابع بالأرقام لا بالإحساس

الكالبروتكتين وCRP وصورة الدم في مواعيدها هي رادارك. ارتفاع رقم قبل ظهور عَرَض يعني أنك سبقت المرض بخطوة. راجع جدول المتابعة في ملحق ج.

3) اقفل باب المحفّزات

المسكنات الخاطئة، والمضادات الحيوية بلا داعٍ، والتدخين، والسهر، والجفاف. قائمة الفصل 23 كلها قابلة للتجنّب بقرارات صغيرة يومية.

4) استثمر في نفسيتك

الرياضة والمشي والنوم المنتظم والهوايات والدعم النفسي ليست رفاهية، بل جزء من خطة العلاج. عقل هادئ = أمعاء أهدأ.

5) اجعل الأكل صديقًا لا عدوًا

تنويع متوازن في الهدوء، وتخفيف ذكي وقت النوبة، وابتعاد عن المحفّزات التي أثبتتها تجربتك أنت. لا حرمان دائم بلا سبب، ولا تجاهل لما يتعبك.

كلمة أخيرة

الـ IBD رحلة طويلة، وأنت من يقود. بالفهم والالتزام والمتابعة يتحوّل المرض من بطلٍ لقصتك إلى تفصيلة هامشية فيها. وإذا استفدت من هذا الدليل فشاركه مع غيرك؛ زكاة العلم تبليغه.

الحلقة 25 – الأخيرة

الخلاصة.. إزاي تعيش سنين من غير انتكاسات؟

شاهد الحلقة كاملة – https://www.youtube.com/watch?v=pqfJeRuXj2s

الملخص في دقيقة – https://www.youtube.com/watch?v=Kq7gNnN-nYk

الباب الثامن

أسئلة عملية بتتكرر كتير

مواضيع خارج السلسلة، لكنها تتكرر في العيادة كل أسبوع.

الباب الثامن · موضوع ١

الصيام ورمضان مع الـ IBD

«هل أصوم يا دكتور؟» سؤال يتكرر كل عام، وإجابته ليست «نعم» عامة ولا «لا» عامة — بل تعتمد على حالة مرضك أنت في تلك اللحظة.

القاعدة الأولى: الصيام قرار طبي فردي

مريض في خمود تام، تحاليله هادئة وعلاجه مستقر، غالبًا يصوم بأمان مع تعديلات بسيطة. ومريض في نوبة نشطة أو بعد جراحة قريبة، الصيام قد يؤذيه فعلًا. القرار يُتخذ قبل رمضان بأسابيع في زيارة مخصصة، لا في أول يوم.

متى يكون الصيام غالبًا آمنًا؟

- خمود تام منذ شهور، بلا دم ولا إسهال متكرر.
- وزن مستقر وتغذية جيدة وتحاليل طبيعية.
- علاج يمكن ضبط مواعيده على الليل بالاتفاق مع طبيبك.

متى يُؤجَّل الصيام أو يُناقش بجدية؟

- نوبة نشطة، أو إسهال متكرر يعرّضك للجفاف.
- ضيق معروف في الأمعاء، أو أعراض انسداد متكررة.
- فترة قريبة بعد جراحة، أو وجود فتحة إخراج (الستوما تفقد سوائل وأملاحًا أكثر).
- كورتيزون بجرعات متغيّرة أو في مرحلة سحب تدريجي.
- أنيميا شديدة أو نقص تغذية واضح، أو حمل مع نشاط للمرض.

والشريعة جعلت للمريض رخصة، والطبيب يصف لك حالتك الطبية بدقة لتبني عليها قرارك — وهذه مسألة يطمئن فيها كثير من المرضى حين يسمعونها صراحة.

إذا صمت: تعديلات عملية

- **الدواء أولًا:** راجع طبيبك لإعادة توزيع الجرعات بين الإفطار والسحور. القاعدة: نعيد التوزيع، **ولا نُسقط جرعة**. ومواعيد الحقن البيولوجية غالبًا لا علاقة لها بالصيام.
- **الترطيب:** اشرب بانتظام من الإفطار إلى السحور — لا كوبين كبيرين دفعة واحدة. قلّل الكافيين لأنه يزيد فقد السوائل.
- **قسّم الإفطار:** ابدأ بوجبة خفيفة، ثم وجبة بعدها بساعة أو ساعتين، ثم السحور. الوجبة الواحدة الثقيلة بعد ساعات صيام هي أكثر ما يتعب الأمعاء.
- **ابتعد عن:** المقليات والدهون الثقيلة والشطة والمشروبات الغازية والحلويات الدسمة — خصوصًا في أول أيام رمضان.
- **السحور:** بروتين وكربوهيدرات بطيئة وسوائل، لا سكريات سريعة وحدها.
- **النوم:** سهر رمضان محفّز معروف للنوبات (الفصل 23). حاول ألا تفقد ساعات نومك كلها.

افطر فورًا ولا تؤجّل إذا

ظهر دم، أو اشتد الإسهال، أو شعرت بدوخة وجفاف شديد، أو ألم بطن شديد، أو ارتفعت حرارتك. الصيام عبادة مشروطة بالاستطاعة، والانتكاسة تكلّفك شهورًا لتعويضها.

الباب الثامن · موضوع 2

التطعيمات: ماذا تأخذ ومتى؟

لأن علاجك يهدّئ جهاز المناعة، تصبح الوقاية من العدوى جزءًا من خطة العلاج لا إضافة اختيارية. وأفضل وقت لترتيب التطعيمات هو **قبل** بدء العلاج.

القاعدة التي تحكم كل شيء

اللقاحات نوعان: **غير حية** (معطَّلة أو بروتينية أو mRNA) وهي آمنة أثناء العلاج المثبط للمناعة، و**حية مضعَّفة** وهي ممنوعة أثناء العلاج المثبط، وتُعطى قبل البدء بفترة كافية يحددها طبيبك.

النوع	أمثلة	مع العلاج المثبط للمناعة
غير حية	الإنفلونزا السنوي (الحقن)، الالتهاب الرئوي بالمكورات، كوفيد، الالتهاب الكبدي B، التيتانوس، HPV، **شينجريكس (Shingrix) للحزام الناري – مؤتلف غير حي**	مسموحة ومُوصى بها
حية مضعَّفة	الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR)، الجدري المائي، الحمى الصفراء، BCG، بعض لقاحات الزونا والرذاذ الأنفي للإنفلونزا	ممنوعة أثناء العلاج – تُرتَّب قبله

الحزام الناري (الهربس النطاقي) – تطعيم يستحق سؤالًا خاصًا

الحزام الناري أكثر حدوثًا لدى من يتلقون علاجًا مثبطًا للمناعة، **وخصوصًا مرضى الأقراص من فئة مثبطات JAK** (الفصل 7)، ويزيد احتماله مع التقدم في السن.

ولقاح الحزام الناري نوعان، والفرق بينهما جوهري بالنسبة لك:

- **شينجريكس (Shingrix) – لقاح مؤتلف غير حي:** هو المناسب لمرضى الـ IBD، ويُعطى على جرعتين. ويُؤخذ **قبل بدء العلاج المناعي**، ولأنه غير حي يمكن إعطاؤه أثناء العلاج أيضًا عند الحاجة وبقرار طبيبك.
- **اللقاح الحي المضعَّف (الأقدم): ممنوع** أثناء العلاج المثبط للمناعة.

فإذا كانت خطتك تتضمن بدء علاج مناعي أو بيولوجي – وخاصة الأقراص من فئة JAK – اسأل طبيبك عن شينجريكس **قبل** أن تبدأ، ولا تأخذ أي لقاح للحزام الناري من الصيدلية دون مراجعته أولًا.

نقاط عملية

- **قبل بدء البيولوجي أو مثبطات المناعة:** فحص الدرن وفيروسات الكبد، ومراجعة سجل التطعيمات واستكمال الناقص – ومنه شينجريكس (Shingrix) للحزام الناري.
- **لقاح الإنفلونزا سنويًا** لك ولمن يعيشون معك؛ تطعيم المحيطين بك جزء من حمايتك.
- **للسيدات:** الالتزام بمسح عنق الرحم في مواعيده، فالمناعة المثبطة تجعل المتابعة أهم.
- **للمواليد:** إذا كانت الأم على علاج بيولوجي أثناء الحمل، يُنظَّم توقيت اللقاحات الحية للرضيع في شهوره الأولى – أخبري طبيب الأطفال (الفصل 19).
- **قبل السفر:** اسأل طبيبك مبكرًا، فبعض لقاحات السفر حية وتحتاج ترتيبًا مسبقًا.

احتفظ بسجل

صوّر سجل تطعيماتك واحتفظ به مع كارت المريض. سؤال «آخر مرة أخذت فيها لقاحًا كانت إمتى؟» يتكرر كثيرًا، والإجابة الدقيقة توفّر عليك وقتًا وتكرارًا.

الباب الثامن · موضوع 3

الأنيميا ونقص الحديد: سبب الإرهاق الأول

«أنا تعبان ومرهق طول الوقت رغم أن أعراضي هادية» — في أغلب الحالات، الإجابة في صورة الدم لا في الأمعاء.

لماذا تصيب الأنيميا مرضى الـ IBD تحديدًا؟

لسببين يعملان معًا غالبًا:

- **نقص الحديد:** فقد دم مزمن — ولو غير مرئي — من البطانة الملتهبة، مع ضعف امتصاص الحديد.
- **أنيميا الالتهاب المزمن:** الالتهاب نفسه يحبس الحديد داخل مخازن الجسم ويقلّل إنتاج كرات الدم، فيصير المخزون موجودًا لكن غير متاح للاستخدام.

ويُضاف إليهما أحيانًا نقص فيتامين B12 (خاصة بعد استئصال نهاية الأمعاء الدقيقة) أو نقص حمض الفوليك.

التحاليل التي تُطلب

صورة دم كاملة، ومخزون الحديد (الفيريتين)، ونسبة تشبّع الترانسفيرين، مع CRP. والنقطة المهمة: **الفيريتين يرتفع كذبًا أثناء الالتهاب**، فقد يبدو طبيعيًا وأنت ناقص حديد فعلًا — ولذلك يُفسَّر دائمًا مع مؤشرات الالتهاب لا وحده.

العلاج: أقراص أم حقن وريدية؟

	أقراص الحديد	الحديد الوريدي
متى تناسب	نقص بسيط ومرض هادئ وتحمّل جيد	نقص شديد، أو مرض نشط، أو فشل الأقراص أو عدم تحمّلها، أو الحاجة لتعويض سريع
السرعة	بطيئة — شهور	أسرع بكثير
المشاكل	مغص وإمساك وغثيان، وامتصاص ضعيف أثناء الالتهاب	يُعطى في المستشفى أو العيادة تحت إشراف

ونصائح تساعد من يأخذ الأقراص: تناولها بعيدًا عن الشاي والقهوة والألبان، ومع مصدر لفيتامين C، وقد يوصي طبيبك بجرعة يومًا بعد يوم لأنها تُمتص أحيانًا أفضل من الجرعة اليومية.

لا تكتفِ بتعويض الحديد

الأنيميا المتكررة إشارة إلى أن الالتهاب نفسه غير مسيطَر عليه. تعويض الحديد يحسّن إحساسك، لكن علاج السبب هو ما يمنع عودتها — وتذكّر أن تعيد التحليل بعد التعويض للتأكد من امتلاء المخزون، لا من ارتفاع الهيموجلوبين فقط.

الباب الثامن · موضوع 4

هشاشة العظام: الخطر الصامت

عظامك تدفع ثمن أمرين معًا: الالتهاب المزمن، والكورتيزون المتكرر. وكلاهما لا يُشعرك بشيء حتى يحدث الكسر.

من الأكثر عرضة؟

- من يأخذ كورتيزون متكررًا أو لفترات طويلة — وهذا أهم عامل على الإطلاق.
- من لديه التهاب نشط لسنوات، أو نقص مزمن في فيتامين D والكالسيوم.
- بعد استئصال أجزاء من الأمعاء الدقيقة (ضعف الامتصاص).
- المدخنون، وقليلو الحركة، والنحفاء جدًا، والسيدات بعد انقطاع الطمث، وكبار السن.

ماذا نفعل؟

- **قياس كثافة العظام (DEXA)** حسب عوامل خطرك وتكرار الكورتيزون — طبيبك يحدد التوقيت والتكرار.
- **فيتامين D والكالسيوم** بناءً على التحاليل، لا بالتخمين.
- **حركة محمّلة على العظام:** مشي، وتمارين مقاومة خفيفة ومنتظمة.
- **الإقلاع عن التدخين** — يفيد عظامك وأمعاءك معًا.
- **وعلاج دوائي للعظام** عند الحاجة، بقرار الطبيب.

> **سبب إضافي لترقية خطة المحافظة**
>
> إذا كنت تعود إلى الكورتيزون مرتين أو أكثر في السنة، فالمشكلة ليست في العظام وحدها — بل في خطة علاج لا تمنع النوبات. ناقش طبيبك في بديل يُغنيك عن الكورتيزون المتكرر (الفصل 5).

الباب الثامن · **موضوع 5**

الصحة الجنسية والإنجابية: الموضوع الذي لا يُسأل عنه

كثير من المرضى يعانون في صمت لأن السؤال محرج. وهو جزء حقيقي من جودة الحياة، وأغلب أسبابه لها حل.

لماذا تتأثر العلاقة الزوجية؟

- الإرهاق والأنيميا وقلة النوم — وهي الأسباب الأكثر شيوعًا وأسهلها علاجًا.
- ألم البطن، أو أعراض حول الشرج في كرون، أو ألم بعد جراحات الحوض.
- صورة الجسم بعد الجراحة أو مع فتحة الإخراج، والقلق والاكتئاب المصاحبان (الفصل 22).
- آثار بعض الأدوية، وأحيانًا الكورتيزون المزمن.

الخصوبة: ما يجب أن تعرفه

- **في حالة الخمود، الخصوبة قريبة من الطبيعية** لدى الرجال والنساء. النشاط الالتهابي هو ما يؤثر فعلًا.
- **للرجال:** السلفاسالازين قد يقلّل عدد الحيوانات المنوية وحركتها **مؤقتًا**، ويتحسن الأمر بعد تغييره باستشارة الطبيب. وهناك أدوية أخرى تُوقف قبل محاولة الإنجاب — راجع روشتتك قبل البدء لا بعده.
- **للسيدات:** جراحات الحوض — وخاصة عملية الكيس J-Pouch — قد تقلّل فرص الحمل الطبيعي بسبب الالتصاقات. إذا كنتِ تخططين للإنجاب، ناقشي هذا **قبل** العملية ضمن قرارها، لا بعدها.

- **وسائل منع الحمل:** ناقشي خياراتك مع طبيبك، فالإسهال الشديد أو استئصال أجزاء من الأمعاء قد يؤثر على امتصاص الأقراص.

ابدأ الكلام أنت

طبيبك لن يُحرجك، وهذه شكوى يسمعها كثيرًا. جملة واحدة تكفي: «فيه جانب في حياتي الزوجية اتأثر من المرض، ممكن نتكلم فيه؟» — وغالبًا يكون الحل في علاج الأنيميا أو ضبط الالتهاب أو تعديل دواء.

الباب الثامن · موضوع 6

تكلفة العلاج وتنظيم أوراقك

الجانب الذي لا تتكلم عنه الكتب الطبية، ومع ذلك هو أكثر ما يوقف العلاج فعليًا. تنظيمك لأوراقك يوفّر عليك شهورًا.

لماذا يتوقف بعض المرضى عن العلاج؟

ليس اقتناعًا، بل لأن الجرعة تأخرت، أو الموافقة لم تصدر، أو الورق ناقص. والنتيجة انتكاسة تكلّف أضعاف ما كان سيوفّره التأجيل — **فمناقشة التكلفة مع طبيبك جزء من الخطة العلاجية، لا خروج عن الموضوع.**

ملف المريض: جهّزه مرة واحدة

احتفظ بنسخة ورقية ونسخة على هاتفك من:

- [ ] تقرير التشخيص، وتقارير المناظير وصور العيّنات (الهيستوباثولوجي).
- [ ] آخر التحاليل: صورة دم، CRP ، كالبروتكتين، وظائف كبد وكلى.
- [ ] تقارير الأشعة أو الرنين إن وُجدت.
- [ ] قائمة أدويتك الحالية والجرعات وتواريخ آخر جرعة.
- [ ] تقرير طبي حديث يوضح الحاجة للعلاج ومدته.
- [ ] الأوراق الشخصية المطلوبة (البطاقة وما يثبت التأمين إن وُجد).

ثلاثة أبواب تخفّض التكلفة فعليًا

- **البدائل الحيوية (البيوسيميلر) والبدائل المحلية:** نفس المادة الفعالة ونفس الجرعات والبروتوكول، وبسعر أقل — أحيانًا أقل بكثير. التحويل إليها قرار طبي عادي، وكثير من المرضى في مصر يُعالَجون بها بنتائج مماثلة.

- **برامج مساعدة المريض من الشركات:** تُخفّض السعر بنسب كبيرة، لكنها **تتغيّر وتتوقف وتُستأنف**، ولكل برنامج شروطه. اسأل عنها في كل مرة ولا تفترض أن سعر العام الماضي ما زال قائمًا.
- **التغطية الحكومية والتأمين:** بعض العلاجات متاحة بنفقة الدولة أو التأمين الصحي بشروط محددة، وبعضها لا. هذا وحده قد يرجّح دواءً على آخر في حالتك.

الروشتة التي لا تُرفض

معظم برامج المساعدة ترفض الأوراق الناقصة، والتأخير يضيّع جرعة. تأكد أن الروشتة تحتوي على: **اسم المريض** · **التاريخ** · **التشخيص** · **الوزن** · **بروتوكول الجرعات** · **خاتم الطبيب** — ومعها صورة البطاقة وتقرير حديث.

قواعد تختصر الطريق

- **ابدأ الإجراءات مبكرًا**، قبل نفاد الجرعة الحالية بوقت كافٍ — لا في أسبوعها الأخير.
- **اسأل طبيبك صراحة** عن البدائل المتاحة ضمن إمكانياتك قبل أن تتوقف من تلقاء نفسك.
- **احتفظ بسجل للتواريخ**: متى قدّمت، ومع من تكلمت، وما المطلوب التالي.
- **لا توقف العلاج بصمت.** أبلغ طبيبك فورًا إذا واجهت عائقًا ماديًا — غالبًا هناك ترتيب ممكن، لكن فقط إذا عرف.

القاعدة الذهبية

انقطاع العلاج أغلى من ثمنه. أي عائق — مادي أو إداري — يُحلّ أسرع بكثير حين يُطرح مبكرًا وبصراحة مع فريقك الطبي.

الملاحق

أدوات عملية تطبعها وتستعملها

خمس صفحات تحوّل الكلام إلى إجراءات.

ملحق أ

أسئلة اسألها لطبيبك في كل زيارة

اكتب الإجابات في هاتفك أو دفترك؛ فما يُقال في العيادة يُنسى في الطريق.

- [ ] ما تشخيصي بالتحديد، وما امتداد المرض في أمعائي؟
- [ ] ما هدف العلاج الحالي: إخماد نوبة أم محافظة؟ ومتى نتوقع النتيجة؟
- [ ] كيف سنتأكد أن العلاج نجح: بالأعراض، بالتحاليل، أم بالمنظار؟ ومتى؟
- [ ] ما الأعراض التي تستدعي الاتصال بك فورًا، وما التي تستدعي الطوارئ؟
- [ ] ما الأدوية والمسكنات الممنوعة عليّ؟
- [ ] هل أحتاج تطعيمات قبل بدء هذا العلاج؟
- [ ] متى موعد التحاليل القادمة، ومتى منظار المتابعة أو المسح؟
- [ ] هل تحاليلي تُظهر نقص حديد أو فيتامين D أو B12؟ وهل أحتاج مكمّلًا؟
- [ ] (للمقبلات على الحمل) ما الأدوية التي تحتاج تغييرًا قبل الحمل، ومتى؟
- [ ] ما خطتنا إذا عادت الأعراض وأنا مسافر أو بعيد عن العيادة؟

ملحق ب

شنطة الطوارئ وكارت المريض

شنطة الخروج

- [ ] مناديل مبللة ومناديل جافة
- [ ] معقّم لليدين
- [ ] ملابس داخلية احتياطية + كيس بلاستيكي مغلق
- [ ] أدويتك لليوم (وجرعة احتياطية)

- [ ] زجاجة ماء وأحيانًا كيس محلول معالجة جفاف
- [ ] وجبة خفيفة آمنة تناسبك
- [ ] بطاقة البيانات الطبية (بالأسفل)

كارت المريض – املأه واحتفظ بصورة منه في هاتفك

الاسم	
التشخيص وتاريخه	قولون تقرحي / كرون – منذ:
الطبيب المعالج ورقمه	
الأدوية الحالية وجرعاتها	
تاريخ آخر جرعة بيولوجي	
حساسية دوائية	
عمليات سابقة	
فصيلة الدم	
شخص للتواصل في الطوارئ	

ملاحظة للطبيب المعالِج في الطوارئ

المريض مصاب بالتهاب أمعاء مناعي ويتلقى علاجًا مثبطًا للمناعة. يُرجى تجنّب مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، والتواصل مع طبيب الجهاز الهضمي المتابع قبل أي تعديل في العلاج.

ملحق ج

جدول المتابعة السنوي

هذا نموذج عام للاسترشاد؛ طبيبك يضبط المواعيد حسب حالتك ونوع علاجك.

البند	المعتاد	ملاحظات
زيارة العيادة	كل 3–6 شهور في الاستقرار	وفورًا عند أي نشاط
صورة دم ووظائف كبد وكلى	كل 3–6 شهور	أقرب مع مثبطات المناعة في بداية العلاج
CRP	مع كل تحليل دوري	قد يكون طبيعيًا رغم نشاط موضعي
كالبروتكتين البراز	كل 3–6 شهور حسب الحالة	أفضل مؤشر غير جراحي لنشاط الأمعاء
الحديد والمخزون وفيتامين D وB12	سنويًا على الأقل	أكثر عند وجود نقص أو بعد استئصال
منظار تقييمي	عند تغيير العلاج أو قبل تقليله	وبعد 6–12 شهرًا من جراحة كرون
منظار مسح سرطان القولون	يبدأ بعد 8–10 سنوات من بداية الأعراض	أبكر وأكثر تكرارًا مع PSC أو تاريخ عائلي
قياس كثافة العظام	حسب عوامل الخطر	مع الكورتيزون المتكرر ونقص فيتامين D
التطعيمات	مراجعة سنوية	اللقاحات الحية تُرتَّب قبل بدء العلاج المثبط

ملحق د

مذكرات الأكل والأعراض

أسبوعان فقط من التسجيل الدقيق يكشفان أنماطًا لم تكن تراها. اطبع الجدول أو انقله في هاتفك.

اليوم	الوجبات	عدد مرات الإخراج	دم / مخاط	الألم (0–10)	ملاحظات (نوم، توتر، دواء)
السبت					
الأحد					
الاثنين					
الثلاثاء					
الأربعاء					
الخميس					
الجمعة					

ملحق هـ

قاموس المصطلحات

المصطلح	بالإنجليزية	المعنى باختصار
التهاب الأمعاء المناعي	IBD	المظلة التي تضم القولون التقرحي ومرض كرون
الخمود	Remission	هدوء المرض واختفاء نشاطه
النوبة / الهجمة	Flare	عودة نشاط المرض وأعراضه
الشفاء المخاطي	Mucosal healing	عودة بطانة الأمعاء سليمة في المنظار
العلاج بالهدف	Treat to target	تحديد هدف علاجي ومراجعته في مواعيد
كالبروتكتين البراز	Fecal calprotectin	تحليل براز يقيس نشاط الالتهاب في الأمعاء
العيّنة	Biopsy	قطعة صغيرة من البطانة تُفحص مجهريًا
تغيّرات ما قبل سرطانية	Dysplasia	تغيّر خلوي مبكر يُزال قبل أن يتطور
الناسور	Fistula	قناة غير طبيعية بين الأمعاء وعضو أو الجلد
خيط التصريف	Seton	خيط يبقي الناسور مفتوحًا ليصرّف نفسه
الضيق	Stricture	ضيق في مجرى الأمعاء بسبب الالتهاب أو التليّف
فتحة الإخراج	Stoma	فتحة في البطن للإخراج، مؤقتة غالبًا
الكيس الداخلي	J-Pouch	كيس من الأمعاء الدقيقة يتيح الإخراج الطبيعي بعد استئصال القولون
العلاج البيولوجي	Biologics	بروتينات موجّهة تعطّل جزيئًا في مسار الالتهاب
قياس مستوى الدواء	TDM	تحليل يقيس الدواء والأجسام المضادة له في الدم
المظاهر خارج الأمعاء	EIM	أعراض المرض في المفاصل والعين والجلد والكبد

المصطلح	بالإنجليزية	المعنى باختصار
التهاب القنوات الصفراوية المصلّب	PSC	مرض في القنوات الصفراوية يصاحب الـ IBD أحيانًا

ملحق و

بطاقة كل دواء بيولوجي

بطاقة مختصرة لكل عائلة: كيف يؤخذ، ما الذي يميّزه، وما يجب الانتباه له. للفهم ومتابعة خطتك مع طبيبك — لا لاختيار دواء بنفسك.

ريميكيد (Infliximab)

مضاد TNF · محلول وريدي بالمستشفى

الجرعة باختصار: حسب الوزن، في الأسبوع 0 ثم 2 ثم 6، ثم كل 8 أسابيع. يبدأ المفعول عادة خلال 4 إلى 8 أسابيع.

ما يميّزه: أقدم العلاجات البيولوجية وأكثرها دراسة؛ يُستخدم في الحالات الشديدة داخل المستشفى للسيطرة السريعة؛ يعمل على الأمعاء والمفاصل والجلد معًا؛ ومن أكثرها إتاحة ضمن التغطية الحكومية والتأمين.

انتبه: كل الجرعات وريدية فيلزم الالتزام بالجلسات؛ وقد يكوّن الجسم أجسامًا مضادة تقلّل كفاءته مع الوقت، فيُقاس مستوى الدواء عند تراجع الاستجابة وقد يُضاف مثبط مناعة معه؛ وخطر العدوى يزيد خاصة لدى كبار السن.

هيوميرا وبدائلها الحيوية (Adalimumab)

مضاد TNF · حقن تحت الجلد بالمنزل · البدائل: هوليو · هيريموز · إيداسيو

الجرعة باختصار: تحميل في الأسبوع 0 ثم الأسبوع 2، ثم جرعة ثابتة كل أسبوعين بالحقن الذاتي. متاح للأطفال من سن 6 سنوات بجرعات حسب الوزن. يُحفظ في الثلاجة.

ما يميّزه: بلا جلسات مستشفى؛ أطول خبرة سريرية بين مضادات TNF تحت الجلد؛ يعمل على الأمعاء والمفاصل والجلد. والبدائل الحيوية نفس المادة الفعالة ونفس الجرعات والفعالية.

انتبه: يلزم استبعاد الدرن والفيروسات الكبدية قبل البدء؛ الحفظ في الثلاجة يصعّب السفر ويحتاج ترتيبًا؛ وقد تقلّ الاستجابة مع الوقت بتكوّن أجسام مضادة؛ ويُتجنّب مع قصور القلب والتصلب المتعدد والأورام الحالية أو السابقة.

ستيلارا (Ustekinumab)

مضاد IL-12/23 · جرعة وريدية واحدة ثم حقن تحت الجلد

الجرعة باختصار: تحميل وريدي واحد حسب الوزن، ثم حقنة تحت الجلد كل 8 أسابيع.

ما يميّزه: بعد الجرعة الأولى يصبح كله منزليًا بجرعات متباعدة — الأنسب لكثيري السفر؛ أقل خطرًا في العدوى من مضادات TNF؛ ومن الخيارات المفضّلة فوق 65 سنة ومع تاريخ أورام سابقة؛ ويعمل أيضًا على الصدفية والتهاب مفاصلها.

انتبه: الجرعة الأولى وريدية وتحتاج جلسة؛ وأخبر طبيبك قبل أي عملية أو تخدير.

إنتيفيو (Vedolizumab)

مضاد الإنتجرين · محلول وريدي فقط

الجرعة باختصار: الأسبوع 0 ثم 2 ثم 6، ثم كل 8 أسابيع.

ما يميّزه: انتقائي للجهاز الهضمي وحده، ولذلك يُعدّ من أقل العلاجات خطرًا في العدوى الجهازية؛ ومن أفضل الخيارات فوق 65 سنة، ولأصحاب المناعة المنخفضة أو الأورام السابقة.

انتبه: كل الجرعات وريدية بلا بديل منزلي؛ وقد يحتاج وقتًا أطول حتى يظهر مفعوله؛ ولأنه يعمل على الأمعاء فقط، قد يحتاج مريض المفاصل أو الجلد علاجًا إضافيًا.

تريمفيا (Guselkumab)

مضاد IL-23 · تحميل وريدي أو تحت الجلد ثم حقن

الجرعة باختصار: تحميل في الأسبوع 0 و4 و8 (وريديًا أو تحت الجلد)، ثم استمرار تحت الجلد كل شهرين أو شهريًا حسب الخطة.

ما يميّزه: أحدث آلية عمل بين المتاح، وأعلى مرونة في طريقة التحميل والاستمرار؛ أقل خطرًا في العدوى من مضادات TNF؛ ويعمل أيضًا على الصدفية والتهاب مفاصلها.

انتبه: حديث نسبيًا في مصر، فالخبرة المحلية به أقل من غيره.

زيلجانز (Tofacitinib)

مثبط JAK · أقراص مرتين يوميًا · **للقولون التقرحي فقط**

الجرعة باختصار: جرعة تحميل مرتين يوميًا لعدة أسابيع، ثم جرعة استمرار أقل مرتين يوميًا.

ما يميّزه: بالفم بلا حقن ولا ثلاجة ولا جلسات؛ سريع المفعول جدًا وممتاز في السيطرة على النوبات؛ ولا يكوّن الجسم أجسامًا مضادة ضده؛ ويفيد أيضًا في الروماتويد والتهاب مفاصل الصدفية.

انتبه: جرعتان يوميًا تحتاجان انتظامًا؛ ويزيد عوامل التجلط فتلزم متابعة دورية؛ وله تحذيرات قلبية وخطر أورام أعلى لدى كبار السن والمدخنين؛ وغير معتمد في مرض كرون.

رينفوك (Upadacitinib)

مثبط JAK-1 انتقائي · قرص واحد يوميًا · لكرون والقولون التقرحي

الجرعة باختصار: جرعة تحميل يومية لمدة شهرين في القولون التقرحي وثلاثة شهور في كرون، ثم جرعة استمرار يومية يحددها الطبيب.

ما يميّزه: قرص واحد يوميًا — أسهل التزامًا؛ انتقائي لـJAK-1؛ معتمد في المرضين معًا؛ وسريع المفعول بلا حقن أو ثلاجة.

انتبه: يحتاج تحاليل متابعة دورية (صورة دم ووظائف كبد ودهون)؛ وله تحذيرات فئة JAK من التجلط والعدوى والهربس النطاقي؛ **ويُمنع في الحمل والرضاعة**.

البدائل المحلية لمثبطات JAK

نفس المادة الفعالة · أقراص بالفم

الجرعة باختصار: مطابقة تمامًا لجرعات المستحضر الأصلي — لا يتغيّر البروتوكول ولا طريقة الإعطاء.

ما يميّزها: تكلفة أقل بفارق كبير مع نفس المادة الفعالة، وبعضها يُصرف من الصيدلية مباشرة.

انتبه: الخبرة المحلية بها أقل من المستحضر الأصلي؛ ونفس تحذيرات فئة JAK تنطبق عليها بالكامل؛ والتوفر قد يتغيّر فيُفضَّل التأكد قبل الصرف.

الأسعار وبرامج المساعدة

لم نضع أسعارًا هنا لأنها تتغيّر. المركز يصدر **ورقة أسعار محدّثة ومؤرَّخة** تشمل سعر الجمهور وسعر برامج مساعدة المريض وبيانات التواصل معها: اطّلع على ورقة الأسعار.

المراجع

المراجع العلمية وقراءات إضافية

محتوى هذا الدليل مُبسَّط من الإرشادات الدولية المعتمدة في تشخيص ومتابعة وعلاج أمراض الأمعاء المناعية. الأرقام بين الأقواس هي سنة نشر النسخة المشار إليها، والإرشادات تُحدَّث دوريًا — فارجع دائمًا إلى أحدث نسخة من الجهة نفسها.

التشخيص والمتابعة وأهداف العلاج

1. Maaser C, et al. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD. Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD. Journal of Crohn's and Colitis (2019).

2. Turner D, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD. Gastroenterology (2021).

العلاج الدوائي

3. Raine T, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment. Journal of Crohn's and Colitis (2022).

4. Torres J, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. Journal of Crohn's and Colitis (2020).

5. Rubin DT, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. American Journal of Gastroenterology (2019).

6. Lichtenstein GR, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. American Journal of Gastroenterology (2018).

7. Lamb CA, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of IBD in adults. Gut (2019).

8. Feuerstein JD, et al. AGA Clinical Practice Guideline on Therapeutic Drug Monitoring in IBD. Gastroenterology (2017).

9. NICE Guidelines: Crohn's disease: management (NG129) و(NG130) Ulcerative colitis: management (2019) وتحديثاتها).

الجراحة والناسور

10. Adamina M, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. Journal of Crohn's and Colitis (2020).

11. Spinelli A, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment. Journal of Crohn's and Colitis (2022).

12. Gecse KB, et al. A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulising Crohn's disease. Gut (2014).

مسح سرطان القولون

13. Laine L, et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. Gastroenterology (2015).

14. Murthy SK, et al. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Surveillance and Management of Colorectal Dysplasia in IBD. Gastroenterology (2021).

المظاهر خارج الأمعاء

15. Harbord M, et al. The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. Journal of Crohn's and Colitis (2016).

الخصوبة والحمل والرضاعة

16. Torres J, et al. ECCO Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation. Journal of Crohn's and Colitis (2023).

17. Mahadevan U, et al. Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy Clinical Care Pathway — AGA IBD Parenthood Project Working Group. Gastroenterology (2019).

18. Mahadevan U, et al. Pregnancy and Neonatal Outcomes After Fetal Exposure to Biologics and Thiopurines (PIANO study). Gastroenterology (2021).

الأطفال والمراهقون

19. van Rheenen PF, et al. The Medical Management of Paediatric Crohn's Disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update. Journal of Crohn's and Colitis (2021).

20. Turner D, et al. Management of Paediatric Ulcerative Colitis: ECCO–ESPGHAN Evidence-based Consensus Guidelines. JPGN (2018).

التغذية والعدوى والتطعيمات ونمط الحياة

21. Bischoff SC, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in Inflammatory Bowel Disease. Clinical Nutrition (2023).

22. Kucharzik T, et al. ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis and Management of Infections in IBD. Journal of Crohn's and Colitis (2021).

23. To N, Gracie DJ, Ford AC. Systematic review with meta-analysis: the effect of tobacco smoking on the natural history of Crohn's disease. Alimentary Pharmacology & Therapeutics (2016).

24. Gracie DJ, Hamlin PJ, Ford AC. The influence of the brain–gut axis in inflammatory bowel disease. The Lancet Gastroenterology & Hepatology (2019).

مصادر موثوقة للمرضى

- Crohn's & Colitis Foundation — مواد تثقيفية للمرضى بالإنجليزية.
- EFCCA — الاتحاد الأوروبي لجمعيات مرضى كرون والتهاب القولون التقرحي.
- ECCO — المنظمة الأوروبية لكرون والتهاب القولون، وأدلتها الموجَّهة للمرضى.

عن هذا الدليل

هذا الكتاب مُستخلَص من سلسلة «مدرسة التهاب الأمعاء المناعي» — 25 حلقة مع **د. أحمد جلال** عن مرض كرون والتهاب القولون التقرحي، مُعاد صياغتها وترتيبها في صورة دليل مرجعي للمريض وأسرته.

قائمة تشغيل السلسلة كاملة على يوتيوب · قناة العيادة

مركز د. أحمد جلال لأمراض الجهاز الهضمى والكبد والمناظير

ميامي، الإسكندرية · مركز مناظير معتمد من GAHAR

تشخيص وعلاج الارتجاع وصعوبة البلع وجرثومة المعدة وكرون والقولون التقرحي وبوليبات القولون وأمراض المرارة والبنكرياس والكبد.

احجز موعد | موقع المركز | يوتيوب | تحميل نسخة PDF

هذا الدليل للتثقيف الصحي ولا يُغني عن استشارة الطبيب المعالج. لا تبدأ دواءً ولا توقفه بناءً على ما قرأته هنا.

النسخة 1.0 — نوفمبر 2026. يُسمح بمشاركة الرابط وطباعة الملاحق للاستخدام الشخصي والتوعوي.