الهاتف: 02 9553 1120 الفاكس: 02 9553 7526
الموقع: www.uppergisurgery.com.au البريد: info@uppergisurgery.com.au

الدليل الكامل لعلاجات إنقاص الوزن

العلاج الطبي
ربط المعدة بالمنظار
تكميم المعدة
تحويل مسار المعدة بالمنظار
إجراء SADI
جراحات المراجعة والتصحيح
الجراحة الروبوتية

Suite 3, Level 5	**Specialist Suites**	**St. Vincent's Clinic**	**Illawarra Family**
St George Private Hospital	Orange Medical Centre	Suite 505, Level 5	Medical Centre
1 South Street	60-62 McNamara St	438 Victoria Street	338–340 Crown St
KOGARAH NSW 2217	ORANGE NSW 2800	DARLINGHURST NSW 2010	WOLLONGONG NSW 2500
Provider: 206140KL	Provider: 206140UF	Provider: 4861844K	Provider: 206140QX

نبذة عن المؤلف

بدأ الأستاذ المشارك مايكل تالبوت عمله كاستشاري في جراحة الجهاز الهضمي العلوي عام 2003، بعد إتمام عشر سنوات من التدريب عقب سنة الامتياز في 1992–1993. بدأ إجراء عمليات ربط المعدة وتحويل المسار عام 2003، وكان في عام 2004 من أوائل الجراحين في أستراليا الذين أجروا تكميم المعدة وتحويل مسار المعدة بالمنظار.

ومنذ ذلك الوقت تطورت ممارسته لتصبح مرجعاً في جراحات السمنة وجراحات الجهاز الهضمي العلوي المعقدة. وتعد عيادته من المراكز القليلة في أستراليا التي تقدم بصورة منتظمة ربط المعدة، وتحويل المسار، والتكميم، وتكميم المعدة بالمنظار الداخلي، وجراحات المراجعة والتصحيح لمختلف الإجراءات.

وعلاج أورام ERCP، كما تقدم العيادة خبرة في جراحة المرارة والفتق، وترميم عيوب جدار البطن المعقدة، وعلاج حصوات القنوات الصفراوية بالمنظار المرن والمعدة بالمنظار، وأحدث علاجات مريء باريت. ويوجد مختبر متخصص لتقييم اضطرابات البلع والارتجاع، مع مشاركة واسعة في البحث العلمي.

تعمل العيادة ضمن فريق متعدد التخصصات يضم أطباء ومقدمي رعاية صحية، بهدف توفير بيئة تركز على رعاية المريض والابتكار والتميز. وقد صُمم هذا الكتيب ليكون وثيقة متجددة تتطور مع ما نتعلمه من المرضى ومن خبرات الفريق.

أ/بروف مايكل تالبوت — د. جايسون ماني — د. جينيفر ماثي

معلومات أساسية عن هذا الكتيب

يهدف هذا الكتيب إلى شرح الإجراءات والموضوعات التي قد تهمك قبل العملية وبعدها. وهو لا يغني عن نصيحة طبيبك أو الفريق الصحي، بل يكملها. إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف، فمن الأفضل تدوينها ومناقشتها مع الطبيب. كلما زاد فهمك قبل العملية وبعدها، زادت قدرتك على إنقاص الوزن والمحافظة على نمط حياة صحي.

© أ/بروف م. تالبوت، 2026. جميع الحقوق محفوظة ولا يجوز نسخ هذا الكتيب كلياً أو جزئياً دون إذن كتابي مسبق من المؤلف.

المحتويات

- نبذة عن المؤلف
- حول السمنة وجراحة السمنة
- السمنة في أستراليا وتعريف السمنة ومحيط الخصر
- أسباب السمنة وتأثير الوزن على الصحة
- علاج السمنة وخيارات العلاج
- العلاج الدوائي والتدخلات غير الجراحية
- جراحات السمنة: الربط، التكميم، تحويل المسار، SADI-S، OAGB
- الجراحة الروبوتية وجراحات المراجعة والتصحيح
- مقارنة علاجات إنقاص الوزن
- الاستعداد للعملية
- ما بعد العملية: النشاط، الغذاء، الفيتامينات
- الجوانب النفسية والعوائق والمخاطر والتكاليف
- المرشحون للجراحة والخطوات التالية
- المراجع

حول السمنة وجراحة السمنة

شهد علاج السمنة الشديدة تحولاً كبيراً خلال العقد الماضي .فبعد أن كانت الجراحة هي الخيار الوحيد الذي يحقق نتائج ثابتة، أصبحت هناك علاجات دوائية فعّالة مثل تيرزيباتايد، والتي تستطيع إحداث نزول GIP/GLP-1 مثل سيماجلوتايد، والعلاجات الأحدث ذات التأثير المزدوج GLP-1 جداً، خاصة ناهضات مستقبل وزن كبير دون عملية.

ومع ذلك تظل الجراحة أكثر الخيارات قوة واستدامة، خصوصاً لمن لديهم أمراض مرتبطة بالسمنة أو مؤشر كتلة جسم أعلى من 40؛ إذ يمكن أن تحقق نزولاً يقارب 25–40 %من وزن الجسم الكلي ويبقى مستمراً لدى معظم المرضى بعد خمس سنوات .لذلك أصبح اختيار العلاج في 2026 أكثر تفصيلاً ويجب أن يراعي حالة كل شخص وأهدافه.

السمنة في أستراليا

تشير بيانات المسح الصحي الوطني الأسترالي لعام 2022 إلى أن نحو 75 %من الرجال البالغين و60 %من النساء البالغات لديهم زيادة وزن أو سمنة، وأن واحداً من كل ثلاثة بالغين تقريباً يقع ضمن فئة السمنة .وتترتب على ذلك أعباء صحية واقتصادية كبيرة تتجاوز مليارات الدولارات سنوياً.

تعريف السمنة ومؤشر كتلة الجسم

وهو الوزن ،BMI السمنة مصطلح طبي يعني أن الوزن الزائد أصبح يشكل خطراً صحياً .لا يكفي النظر إلى الوزن وحده، لذلك نستخدم مؤشر كتلة الجسم بالكيلوجرام مقسوماً على مربع الطول بالمتر .يساعد هذا المؤشر في تقدير الوزن المثالي والوزن الزائد والمخاطر الصحية المرتبطة به.

وزناً مثالياً، يكون وزنه النظري 81 كجم، أي أن لديه وزناً زائداً 25 BMI مثال :شخص وزنه 150 كجم وطوله 180 سم يكون مؤشر كتلته 46.3 .إذا اعتبرنا يقارب 69 كجم .لا يعني ذلك أن كل المرضى يجب أن يستهدفوا هذا الوزن، ولكنه يساعد في وضع أهداف واقعية.

محيط الخصر

عند من لديهم زيادة وزن متوسطة مع أمراض مثل السكري أو ارتفاع الضغط أو الكوليسترول، قد يكون تراكم الدهون حول البطن مؤشراً مهماً للمخاطر .لذلك قد وحدهما BMI يعطي محيط الخصر صورة أدق من الوزن أو.

محيط الخصر	BMI مؤشر كتلة الجسم	التصنيف
—	18.5–24.9	طبيعي
أكثر من 94 سم للرجال /80 سم للنساء	25–29.9	زيادة وزن
أكثر من 102 سم للرجال /88 سم للنساء	أكثر من 30	سمنة
—	30–34.9	الفئة الأولى
—	35–39.9	الفئة الثانية
—	أكثر من 40	الفئة الثالثة

ما أسباب السمنة؟

1. .وجود استعداد وراثي يجعل بعض الأشخاص أكثر قابلية لزيادة الوزن من غيرهم، وغالباً يظهر ذلك داخل العائلة
2. .حدوث فترات يزداد فيها تناول السعرات عن احتياج الجسم، فتُخزن الزيادة على شكل دهون، وقد يصاحب ذلك قلة نشاط بدني

الفكرة الشائعة بأن إنقاص الوزن مجرد "أكل أقل وتمارين أكثر "تبسيط مخل .فبعد زيادة الوزن واستمراره لفترة، يصبح الوزن الجديد نقطة ضبط للجسم، ولذلك يحتاج الشخص إلى تناول أقل مما اعتاد عليه وبصورة مستمرة للحفاظ على النزول.

الوزن والصحة

ترتبط السمنة بمضاعفات صحية واجتماعية واقتصادية ونفسية، وتزداد تلك المضاعفات كلما زادت شدة السمنة وطالت مدتها .كثير من المرضى يسعون للعلاج ليس فقط للوصول إلى رقم معين على الميزان، بل لتحسين الصحة وجودة الحياة والقدرة على النشاط الطبيعي.

قلق	لا	نعم	حالات طبية مرتبطة بالسمنة
			السكري
			ارتفاع ضغط الدم
			ارتفاع الكوليسترول
			أمراض المرارة والجهاز الهضمي
			اضطرابات الدورة/العقم
			آلام المفاصل والتهابها التنكسي
			انقطاع النفس أثناء النوم والشخير
			أمراض الشرايين والقلب

			زيادة مخاطر بعض السرطانات ومخاطر أي عملية
قلق	**لا**	**نعم**	**أحوال اجتماعية واقتصادية ونفسية**
			صعوبة اختيار الملابس
			صعوبة أنشطة الحياة اليومية والحركة
			صعوبة استخدام المقاعد والممرات ووسائل النقل
			الانعزال الاجتماعي
			تكلفة الحميات والعلاجات والملابس الخاصة
			الاكتئاب أو اضطرابات الأكل

علاج السمنة

إنقاص الوزن علاج فعّال لكثير من الأمراض الناتجة عن السمنة؛ مثل السكري وارتفاع الضغط والكوليسترول وانقطاع النفس أثناء النوم والاكتئاب، إذ تتحسن هذه الحالات أو تصبح أكثر قابلية للسيطرة عند نزول الوزن.

خيارات العلاج

تهدف العلاجات الطبية والجراحية إلى مساعدة الشخص على تناول سعرات أقل مما يحرقه الجسم، وعندها يبدأ الجسم في استخدام مخزون الدهون. وإذا كان الهدف هو عدم استعادة الوزن، فيجب أن يكون خفض السعرات مستمراً. وغالباً لا يمكن للتمارين وحدها تعويض الإفراط في الأكل، لذلك يكون التركيز الأساسي على نوعية وكمية الطعام.

العلاجات غير الجراحية

الفكرة والنتائج المتوقعة	الأداة
بإشراف اختصاصي تغذية؛ يهدف لعجز 500–1000 سعرة يومياً أو 1500 سعرة للنساء و1800 للرجال. متوسط النزول المحافظ عليه بعد 2–3 سنوات غالباً 3–5 كجم.	نظام منخفض السعرات
استبدال الوجبات بمشروبات/ألواح جاهزة بإجمالي 600–800 سعرة يومياً أو 1200 مع وجبة عادية. يحتاج إشرافاً وقد يكون من أسرع الوسائل الموثوقة إذا التزم المريض.	VLED نظام شديد الانخفاض
السمنة ليست اضطراباً نفسياً بحد ذاتها، لكن اضطرابات المزاج أو الأكل أو تعاطي المواد يمكن أن تؤثر على النتائج ويجب معالجتها ضمن الخطة.	العلاج النفسي
ساعات مشي أسبوعياً قد تعطي نزولاً محدوداً، لكن فائدتها الصحية كبيرة. الهدف 4–3 العملي هو 30 دقيقة نشاط متوسط معظم أيام الأسبوع.	التمارين

العلاج الدوائي للسمنة — تحديث 2026

تغير العلاج الدوائي جذرياً. الأدوية الأحدث مثل سيماجلوتايد وتيرزيباتايد أكثر فعالية بكثير من الأدوية القديمة، لكنها تحتاج غالباً إلى استخدام مستمر لأن إيقافها يؤدي لدى كثير من المرضى إلى استعادة جزء كبير من الوزن المفقود.

ملخص معنوي	العلاج
يقلل امتصاص الدهون؛ نزول إضافي متواضع 2–3 %وله آثار هضمية شائعة.	Orlistat 120mg
مثبط شهية قصير المدى حتى 12 أسبوعاً؛ نزول 3–5 كجم تقريباً، وحلّت محله أدوية أحدث غالباً.	Phentermine
حقنة أسبوعية؛ نزول متوسط يقارب 15 %خلال 68 أسبوعاً، ويعد من أهم التطورات الحديثة.	Semaglutide 2.4mg
حقنة أسبوعية مزدوجة التأثير؛ نزول متوسط يقارب 21 %خلال 72 أسبوعاً.	Tirzepatide 15mg
دواء تجريبي ثلاثي التأثير؛ أظهر نزولاً يقارب 24 %في بيانات المرحلة الثانية، لكنه غير معتمد بعد.	Retatrutide

الهدف الأساسي لأي علاج لإنقاص الوزن يجب أن يكون الصحة. نزول 5–10 %فقط قد يحسن السكر والضغط والكوليسترول والنوم بشكل واضح. أما المجال التقريبي في 2026 فيتراوح من 5–10 %مع نمط الحياة فقط، إلى 15–21 %مع الأدوية الحديثة، وإلى 17–35 %أو أكثر مع الجراحة حسب الإجراء.

الالتزام والاستمرارية

يمكن لكثير من الناس الالتزام بحمية لأسابيع أو أشهر، لكن التحدي الحقيقي هو الاستمرار مدى الحياة. لذلك تسعى كل علاجات السمنة إلى جعل تناول 1500–1800 سعرة يومياً ممكناً على المدى الطويل، أو 1100–1400 سعرة لمن يرغب في نزول يتجاوز 20 كجم. إذا استطاع الشخص المحافظة على النظام دائماً نجح العلاج.

العلاجات الجراحية :جراحة السمنة

أثبتت جراحات السمنة قدرتها على تحقيق ضبط طويل المدى للوزن لدى أغلبية مرضى السمنة المفرطة، وهي تعتبر علاجاً طبياً لا تجميلياً. وقد أظهرت متابعات طويلة تصل إلى 20 سنة أنها تقلل المرض والوفيات وتحسن صورة الجسم والوظيفة الاجتماعية وتخفض التكاليف الشخصية والمجتمعية.

الجراحة لا "تشفي" السمنة وحدها؛ فهي تقلل القدرة على الأكل والجوع، لكنها لا تمنع الخيارات الغذائية الخاطئة. النجاح يحتاج إلى تغيير دائم في العلاقة مع الطعام، وفريق علاجي يضم الجراحين والأطباء والممرضين واختصاصيي التغذية والنفس، إضافة إلى دعم العائلة والطبيب العام.

ما الخيارات الجراحية المتاحة؟

- LSG: تكميم المعدة الإجراء الأكثر شيوعاً في أستراليا، يزيل نحو 80 %من المعدة ويقلل الجوع والسعة الغذائية، ومتوسط نزول 5 سنوات يقارب 26.5% من وزن الجسم.
- Roux-en-Y: 30.7 تحويل مسار %معيار تاريخي قوي، مفيد جداً للسكري والارتجاع، ومتوسط نزول 5 سنوات يقارب.
- OAGB: تحويل مسار بمفاغرة واحدة عملية أبسط نسبياً ونتائج نزولها أعلى في المتوسط، وتبلغ نحو 34.9 %بعد 5 سنوات.
- SADI-S: تكميم مع تحويل معوي بمفاغرة واحدة، يعطي من أعلى معدلات النزول وفوائد أيضية قوية، لكنه يتطلب التزاماً صارماً بالفيتامينات والمتابعة.

- ربط المعدة LAGB: أصبح أقل توصية بسبب مضاعفات ومعدلات إزالة مرتفعة؛ يناسب حالات مختارة فقط.
- إجراءات المراجعة والتحويل: لعلاج استعادة الوزن أو المضاعفات أو التحويل من إجراء لآخر.

الإجراءات التنظيرية والناشئة

- تكميم المعدة بالمنظار الداخلي ESG: يتم عبر منظار مرن دون شقوق، ويقلل حجم المعدة بالخياطة، ونزوله يقارب 15–18 % خلال سنتين.
- بالون المعدة: يحقق 10–15 % خلال 6 أشهر، وقد يكون جسراً للجراحة أو خياراً مؤقتاً.
- تحويل القنوات الصفراوية والبنكرياسية مع تغيير مسار الاثني عشر BPD-DS: شديد جداً BMI الأكثر فعالية وتعقيداً، ويُحجز غالباً لمن لديهم.

نتائج الجراحة ووضع الأهداف

يمكن للجراحة أن تحقق تحسناً أو هدوءاً في السكري من النوع الثاني وارتفاع الضغط والكوليسترول وانقطاع النفس أثناء النوم وتشحم الكبد. الهدف ليس الوصول أقل من 25، بل تحقيق نزول مفيد يحسن الصحة ويقلل الأدوية ويرفع جودة الحياة BMI دائماً إلى.

متوسط نزول الوزن الكلي بعد 5 سنوات	الإجراء
17.6%	ربط المعدة
26.5%	تكميم المعدة
30.7%	تحويل مسار Roux-en-Y
34.9%	OAGB

ما الذي يمكن أن تحققه لك جراحة السمنة؟

دوّن المشكلات الصحية المرتبطة بالسمنة التي ترغب في تجاوزها، والأهداف الحياتية التي تريد الوصول إليها، والحد الأدنى من النزول الذي تود المحافظة عليه على المدى الطويل.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

عمليات السمنة

ليست كل العمليات متشابهة، وليست كل الحالات متشابهة. خذ وقتك لاختيار العلاج الأنسب لك. تختلف نتائج العمليات ومزاياها وعيوبها، وينبغي سؤال الجراح عن نوع العمليات التي يجريها وخبرته بها، كما يفيد الحديث مع مرضى مروا بتجربة مشابهة.

التدبير الجراحي العام

- نستهدف غالباً 800–1000 سعرة يومياً معظم الأيام لمدة 12–18 شهراً، ثم 1100–1300 سعرة يومياً مدى الحياة.
- يتناول المريض طعاماً صحياً عادياً بكميات صغيرة، ثلاث مرات يومياً.
- تحدد مكملات الفيتامين والمعادن حسب الحالة، وغالباً تكون مدى الحياة.
- المتابعة طوال الحياة ضرورية، وإذا لم يستطع المريض مراجعة الجراح فيجب تسليم المتابعة لطبيب آخر بوضوح.

بالون المعدة

يوضع البالون داخل المعدة عبر منظار مرن ويملأ جزءاً من المعدة ليقلل الشهية ويعطي إحساساً بالشبع بعد كميات قليلة. يبقى عادة حتى ستة أشهر وربما 12 شهراً في بعض الحالات.

يناسب من لا يبلغون وزن الجراحة التقليدية، أو من يرغبون بخيار غير دائم، أو من يحتاجون نزولاً سريعاً لأسباب صحية. ميزته أن مخاطره الطويلة قليلة، لكن أثره مؤقت؛ 25 %فقط يحافظون على النزول، وأكثر من 75 %قد يستعيدون الوزن خلال 3–5 سنوات إذا لم تتغير العادات.

ESG تكميم المعدة بالمنظار الداخلي

يعتمد على وضع غرز داخل المعدة بالمنظار لتقليل حجمها وإبطاء مرور الطعام دون شقوق أو إزالة أنسجة. يحقق نحو 15–18 %نزولاً خلال سنتين، ومضاعفاته أقل من الجراحة، ويصلح لمن يفضل تجنب الجراحة أو كجسر لإجراء نهائي.

LAGB ربط المعدة القابل للتعديل

يوضع الرباط أعلى المعدة ليصنع جيباً صغيراً، ويعدل عبر منفذ تحت الجلد. ميزته أنه قابل للتعديل والعكس ولا يزيل جزءاً من المعدة أو الأمعاء. لكن نتائجه طويلة المدى أقل من التكميم والتحويل؛ إذ يحتاج 40–50 %من المرضى إلى إزالة الرباط خلال 10 سنوات، لذلك لم يعد خياراً أولياً روتينياً.

LSG تكميم المعدة

يزيل التكميم نحو 75–80 %من المعدة ويترك أنبوباً ضيقاً، كما يزيل قاع المعدة الذي ينتج جزءاً كبيراً من هرمون الجوع غريلين. لذلك لا يعمل فقط بالتقييد، بل يقلل الجوع أيضاً. متوسط النزول بعد 5 سنوات يقارب 26.5%.

يناسب من يريد نزولاً كبيراً دون تعقيد التحويل، أو من يرغب في تقليل متطلبات المكملات مقارنة بإجراءات التحويل. لكنه دائم وغير قابل للعكس لأن جزءاً من المعدة يُزال. كما قد يسبب أو يزيد الارتجاع لدى 20–30%، لذلك يجب مناقشة البدائل عند وجود ارتجاع شديد أو مريء باريت.

Roux-en-Y تحويل مسار

ينشئ جيباً معدياً صغيراً حوالي 30 مل ويوصل جزءاً من الأمعاء الدقيقة مباشرة به، متجاوزاً بقية المعدة وأول جزء من الأمعاء. يحقق الشبع ويُحدث تغيرات هرمونية مفيدة للسكري والتمثيل الغذائي. يبلغ متوسط النزول 30.7 %بعد 5 سنوات، وهو مفضل لمن لديهم ارتجاع شديد أو مريء باريت.

OAGB تحويل مسار بمفاغرة واحدة

ينشئ جيباً معدياً طويلاً وضيقاً ثم يوصل حلقة واحدة من الأمعاء به، متجاوزاً تقريباً 150–200 سم. العملية أبسط من Roux-en-Y، لأن بها وصلة واحدة، وتحقق من أعلى متوسطات النزول بين الإجراءات الشائعة، حوالي 34.9 %بعد 5 سنوات.

ميزاته: نزول قوي وتحسن ممتاز في السكري ووقت جراحي أقصر. أما المخاوف فتشمل احتمال ارتجاع الصفراء، وقد يحتاج بعض المرضى إلى تحويل إلى Roux-en-Y إذا أصبح الارتجاع مزعجاً. ولا يفضل كخيار أول لمن لديهم ارتجاع شديد أو مريء باريت.

SADI-S إجراء

يجمع SADI-S بين تكميم المعدة وتحويل معوي بمفاغرة واحدة. يتم تقسيم الاثني عشر بعد البواب ثم توصيله بجزء من اللفائفي على بعد نحو 250–300 سم من نهايته، مما يقلل امتصاص السعرات والدهون بقوة.

يحقق أعلى متوسط نزول بين الإجراءات الشائعة، وقد يصل إلى 30–38 %بعد 3–5 سنوات، مع نتائج ممتازة للسكري واضطرابات الدهون. لكنه يتطلب أعلى من BMI والبروتين — مع فحوصات دورية مدى الحياة. يناسب غالباً B12والكالسيوم والزنك والحديد و Kو Eو Dو A — التزاماً كاملاً بالمكملات أو من لديهم أمراض أيضية متعددة أو استعادة وزن بعد تكميم سابق 50–45.

الجراحة الروبوتية

تعطي الجراحة بمساعدة الروبوت للجراح رؤية ثلاثية الأبعاد وحركة أدق عبر أذرع مفصلية، لكن الجراح هو من يتحكم في كل حركة والروبوت لا يعمل وحده. وإصلاح فتق الحجاب مع جراحة السمنة، والحالات التي تحتوي على SADI-S، تفيد بشكل خاص في جراحات المراجعة المعقدة، والتحويل بعد ربط أو تكميم، و التصاقات.

في التكميم الأولي الروتيني تكون نتائج الروبوت والمنظار التقليدي متقاربة، وتظهر ميزة الروبوت أكثر في العمليات الصعبة. الاعتبار العملي الأبرز هو التكلفة الأعلى للمعدات والتشغيل.

جراحات المراجعة والتصحيح

كل عمليات السمنة تغير طريقة التعامل مع الطعام، لكنها لا تضمن أن يبقى أثرها كما هو إلى الأبد. قد تتمدد المعدة أو المريء، أو تظهر قرح أو ارتجاع أو مشاكل تقنية. كما أن تراجع الالتزام والمتابعة والفيتامينات والعادات الصحية سبب شائع لاستعادة الوزن.

قد يحتاج 10–30 % من المرضى إلى جراحة لاحقة لعلاج مضاعفات أو استعادة وزن. المتابعة المنتظمة تقلل هذا الخطر وتسمح باكتشاف المشاكل مبكراً.

مضاعفات محددة

- ربط المعدة: إذا كان الرباط ضيقاً أو سبب قيئاً أو ارتجاعاً متكرراً فيجب تفريغه مبكراً. قد تتطلب الانزلاقات أو التآكل أو فشل النزول التحويل إلى تكميم أو تحويل.
- التكميم: التسريب من خط التدبيس نادر لكنه خطير، والنزيف أقل شيوعاً. أهم مشكلة طويلة المدى هي الارتجاع وقد يحتاج علاجاً أو تحويل مسار.
- التسريب أو النزيف نادر، وقد يحدث تضيق بالوصلة يعالج بتوسيع بالمنظار. على المدى الطويل قد تحدث فتوق داخلية، قرح OAGB/تحويل المسار dumping، ونقص فيتامينات ومعادن.

استعادة الوزن وخيارات المراجعة

معظم حالات استعادة الوزن تحدث بسبب الوجبات الخفيفة والرعي الغذائي والسعرات السائلة، وليس بسبب كبر الوجبات فقط. يحتاج كل من يستعيد الوزن إلى تقييم بنية العملية، وسلوك الأكل، ووظيفة العملية مثل الجوع والارتجاع والسعة. بعدها يمكن تصميم حل لإصلاح مضاعفة، أو إصلاح العملية، أو تحويلها إلى إجراء آخر.

مقارنة علاجات إنقاص الوزن

العلاج	نزول الوزن الكلي	هدوء السكري 2	الأثر على الارتجاع	قابل للعكس؟	مكملات مدى الحياة
نمط حياة +حمية	5–10%	فائدة متواضعة	لا تغيير	لا ينطبق	لا يوجد
مثل سيماجلوتايد GLP-1	حوالي 15%	جيد طالما الدواء مستمر	لا تغيير	نعم	دواء مستمر
تيرزيباتايد	حوالي 21%	ممتاز طالما الدواء مستمر	لا تغيير	نعم	دواء مستمر
بالون المعدة	10–15%	محدود	لا تغيير	نعم	لا يوجد
ESG	15–20%	فائدة متواضعة	لا تغيير	*نعم	مالتي فيتامين
ربط المعدة	17–20%	محدود	قد يسوء	نعم	مالتي فيتامين
تكميم المعدة	25–30%	جيد 60–70%	قد يسوء 20–30%	لا	+ مالتي فيتامين +حديد B12
RYGB	30–32%	ممتاز 70–80%	يتحسن بثبات	#*نعم	+ مالتي فيتامين +حديد B12 + كالسيوم
OAGB	33–36%	ممتاز 75–85%	مراقبة ارتجاع الصفراء	#*نعم	+ مالتي فيتامين +حديد B12 + كالسيوم
SADI-S	36–42%	استثنائي 80–90%	مراقبة الارتجاع	#لا	A,D,E,K مكملات شاملة + بروتين +حديد + B12 + كالسيوم
ملاحظات	الأرقام تقريبية وتختلف حسب الالتزام والوزن والتاريخ الصحي.	أرقام السكري لمن يناسبهم العلاج خلال 3–5 سنوات.	—	* العكس تقنياً ممكن لكنه ليس عودة طبيعية سهلة. التحويل لإجراء آخر # ممكن.	—

الاستعداد للعملية

التقييم يجب أن يكون دقيقاً لا سريعاً. بعد الاستشارة الأولى تُجرى فحوصات دم لتقييم السكر والغدة والدم والفيتامينات، وقد تحتاج إلى استشارة إضافية أو أكثر. من المهم إشراك طبيب الأسرة لأنه سيكون جزءاً من الرعاية بعد العملية. الدعم من الأسرة والشريك والأصدقاء وطبيب الأسرة عامل مهم للنجاح.

قبل العملية، ستناقش تاريخ الحميات وأي مشكلات صحية تحتاج لتقييم أو علاج. ويفضل أن تتم استشارتان على الأقل قبل الجراحة. بعد تحديد موعد العملية، تبدأ حمية شديدة الانخفاض بالسعرات لمدة 2–4 أسابيع، وغالباً ينزل الوزن 2–4 كجم أسبوعياً.

الحمية شديدة الانخفاض بالسعرات

تتكون من ثلاث بدائل وجبات سائلة يومياً، وتوفر الحد الأدنى من الطاقة مع العناصر الغذائية الأساسية. ومن أمثلتها Optifast وSlimfast وTony. الغرض منها تقليل دهون الكبد والأعضاء الداخلية، مما يجعل العملية أسرع وأأمن وأقل ألماً، وتحسن اللياقة القلبية. Achievit وMcLeods وFerguson بسرعة، وتجهزك للحمية السائلة بعد العملية.

اختصاصي التغذية ومن يجب مراجعته؟

يجب مقابلة اختصاصي تغذية أو التحدث معه قبل الجراحة؛ لأن تغيير طريقة الأكل هو محور إنقاص الوزن. كما يجب أخذ موافقة طبيب الأسرة قبل العملية. ويمكن الاستعانة باختصاصي نفسي عند وجود عادات أو ضغوط أو اضطرابات أكل تحتاج دعماً.

التدخين

ينبغي إيقاف التدخين قبل أي جراحة، خصوصاً جراحة السمنة، لأنه يزيد خطر الجلطات والمضاعفات. كحد أدنى يجب التوقف قبل العملية بعدة أسابيع.

بعد العملية

بعد الجراحة يكون التركيز على عادات أكل ونشاط صحية ومستدامة، والمحافظة على التغذية الجيدة بالمكملات والمتابعة المنتظمة.

النشاط والتمارين

من اليوم الأول سيُطلب منك المشي. اجعل الحركة جزءاً تلقائياً من روتينك اليومي: استخدم السلالم، امشِ خلال اليوم وفي وقت الفراغ، وخصص نشاطاً هوائياً يرفع النبض 20–30 دقيقة ثلاث مرات أسبوعياً. التمارين الشديدة قد تكون قصيرة الأمد وصعبة الاستمرار، لذلك الأفضل ما يمكن دمجه في الحياة مثل المشي الطويل أو ركوب الدراجة أو السباحة أو الرياضات الاجتماعية.

الغذاء والفيتامينات بعد الجراحة

- مرحلة ما بعد العملية المبكرة: أول 6–8 أسابيع.

- مرحلة نزول الوزن: من شهرين إلى 18 شهراً.
- مرحلة تثبيت الوزن: بعد 18 شهراً وما بعدها.

المرحلة المبكرة

الهدف هو التعافي السريع وتهيئة الجسم للنزول المستمر. يلزم شرب 1.2–1.5 لتر سوائل يومياً، والانتقال من السوائل إلى المهروس ثم الأطعمة اللينة. الأولويات: السوائل، ثم البروتين، ثم الألياف، ثم الفيتامينات. يحتاج الجسم 25 جم بروتين على الأقل ويفضل استهداف 50 جم.

مرحلة نزول الوزن

تستهدف 600–1000 سعرة تقريباً أغلب الأيام، حسب مقدار النزول المطلوب. العناصر الأساسية: ثلاث وجبات منتظمة، تجنب السعرات السائلة والوجبات الخفيفة، تناول بروتين كافٍ، إضافة خضروات قليلة النشويات وسلطات وفواكه ضمن الوجبات، والالتزام بالفيتامينات والمعادن.

مرحلة تثبيت الوزن

هي المرحلة الأخطر لاستعادة الوزن. الهدف 1000–1500 سعرة يومياً مع ثلاث وجبات منتظمة، وتجنب الوجبات الخفيفة إلا في المناسبات، ومالتي فيتامين يومي، وفحوص دم كل 6–12 شهراً لتحديد الحاجة إلى الحديد والكالسيوم وفيتامين D وB12.

الخطايا السبع الشائعة بعد جراحة السمنة

3. الجبن: كثيف السعرات والدهون.
4. مشروبات الحليب وخاصة القهوة الجاهزة.
5. عصائر الفاكهة والمشروبات الغازية.
6. السناكات المالحة مثل الشيبس والمكسرات.
7. الكعك والبسكويت وأطعمة الشاي والقهوة.
8. الكربوهيدرات الشائعة: الخبز والمكرونة والأرز؛ فهي تحفز الجوع ويجب أن تكون أصغر جزء في الوجبة.
9. الكحول: سعراته عالية ويحفز الشهية ويدفع لاختيارات غذائية سيئة، وقد يزيد خطر الإدمان بعد تحويل المسار.

ماذا آكل؟

الأفضل أن تأكل من طعام العائلة نفسه ولكن بكميات أصغر وبترتيب أوضح: البروتين أولاً، ثم السلطة/الخضار، والكربوهيدرات أصغر جزء. الإفطار قد يكون بيضاً أو حبوباً أو شوفاناً أو توست حبوب كاملة أو فاكهة ولبناً. الغداء يمكن أن يكون تونة وسلطة أو بقوليات أو خضاراً مطبوخة باردة. العشاء المثالي لحم أو دجاج أو سمك مع خضار أو سلطة. تجنب جعل المكرونة الطبق الرئيسي.

للطوارئ، يمكن حفظ وجبات جاهزة منخفضة السعرات في المنزل والعمل، أو علب تونة وسلطات وشوربات وبدائل وجبات. وجود فواكه أفضل من الحلويات، وإزالة السناكات من المنزل تقلل الاعتماد على قوة الإرادة.

ما مكونات الطعام؟

الماء: نحتاج لتر ماء على الأقل يومياً، وكثير منه يأتي من الطعام. يحتاج من ينقص وزنه أو يعاني الإمساك أو يتمرن إلى كميات أكثر، مع تجنب السوائل الحلوة والحليبية.

البروتين: يأتي من اللحوم والسمك والبيض والألبان، والحد الأدنى 25 جم يومياً لكن الأفضل استهداف 60–80 جم. أمثلة لكل 100 جم: البيض 150 سعرة/13 جم بروتين، الدجاج 220/25، السمك 90/19، تونة ماء 110/25، الجبن 400/25، الزبادي اليوناني 60 لكل 100 مل/10.

الألياف: نقصها شائع بعد الجراحة وقد يسبب إمساكاً شديداً. مصادرها الفواكه والخضار والسلطات والنخالة ومكملات الألياف القابلة للذوبان مثل Benefibre أو psyllium.

الكربوهيدرات: ضرورية بقدر محدود لكنها أكثر مجموعة ترتبط بالسمنة وعودتها. تناولها يحفز الجوع. احتياج معظم الناس 50 جم كحد أدنى، ويفضل غالباً 60–100 جم يومياً إلا مع نشاط عالٍ.

الكالسيوم وفيتامين D: مهمان للعظام، وقد يحتاج بعض المرضى كالنساء بعد انقطاع الطمث أو من لديهم ضعف عظام إلى مكملات وفحص كثافة عظام. فيتامين D شائع النقص في أستراليا ويؤثر في استخدام الكالسيوم والمناعة.

الفولات والثيامين وB12: يوجد B12 في البروتين الحيواني وقد يحتاج حقناً. نقص الحديد قد يسبب تعباً وقد يكون علامة تستدعي تقييم الجهاز الهضمي. يغطي المالتي فيتامين كثيراً من الاحتياجات، لكن القيء مع عدم أخذ الثيامين قد يسبب أذية عصبية غير عكوسة.

المعادن الأخرى مثل اليود والزنك والسيلينيوم والنحاس مهمة، ومالتي فيتامين يومي يكفي غالباً .الحد الأدنى لكل مرضى جراحة السمنة هو مالتي فيتامين يومياً .ووظائف الكبد والكلى وصورة الدم Dوالفولات والكالسيوم و B12مدى الحياة، مع فحوص سنوية للحديد و

الجوانب النفسية

نحو نصف المرضى لديهم تاريخ اكتئاب أو اضطراب مزاجي عند قدومهم للجراحة، وكثيرون لديهم اضطرابات أكل أو صعوبة إدارة الأكل عند التوتر .الأكل .بنهم، والأكل الليلي، والرعي الغذائي شائعة جداً .هذه ليست بالضرورة موانع للجراحة، لكنها يجب أن تؤخذ في الخطة حتى تنجح النتائج على المدى الطويل

قد تختفي اضطرابات الأكل سريعاً بعد الجراحة، لكنها قد تعود بعد 18–24 شهراً إذا لم تُعالج .لذلك يجب ملء الفراغ الذي كان الطعام يشغله بعادات وأنشطة أخرى؛ مثل التواصل الاجتماعي والرياضة والقراءة والحركة .يساعد الاختصاصي النفسي في التعرف على الأفكار والعادات التي قد تعرقل التقدم، ويقدم علاجاً .معرفياً سلوكياً أو يقظة ذهنية عند الحاجة

عوائق إجراء الجراحة

جراحة السمنة معروفة عالمياً منذ أكثر من 20 عاماً كأفضل وسيلة لنزول وزن مستدام لدى السمنة الشديدة .ورغم ذلك لا تعرض على كثير ممن يحتاجونها ،لأسباب مثل محدودية الإمكانية في المستشفيات العامة، التكلفة، النظرة الخاطئة للسمنة كضعف إرادة، المبالغة في تصور مخاطر الجراحة، نقص الوعي بالنتائج .التمييز ضد مرضى السمنة، والخوف من التغيير

الخوف من التغيير

الأكل جزء مركزي من الحياة والاجتماع والتعامل مع التوتر .الجراحة تقلل الشهية والكمية التي يستطيع الشخص تناولها، وهذا تغيير دائم قد يبدو مقلقاً .كما أن .فكرة نزول وزن كبير تجعل الشخص يعيد تقييم صورة جسمه ونظرة الآخرين له، ولذلك يحتاج البعض دعماً نفسياً واجتماعياً

المخاطر :ما مدى أمان الجراحة؟

جراحة السمنة جراحة كبرى تحت تخدير عام، ولها مخاطر وإن كانت غير شائعة .يمكن تقسيمها إلى مخاطر التخدير، والمخاطر العامة مثل التهاب الجروح والفتق والالتهاب الرئوي والجلطات والنزيف، ومخاطر خاصة حسب نوع العملية، وخطر الوفاة النادر، واحتمال العجز أو الأعراض المطولة مثل التعب أو ألم .البطن أو القيء أو نقص التغذية

.ما يجعل هذه المخاطر مقبولة هو أن السمنة نفسها تسبب إعاقة وضغطاً نفسياً ومخاطر على الحياة .يجب مناقشة المخاطر الشخصية مع الطبيب قبل اتخاذ القرار

التكاليف المرتبطة بالجراحة

قد يتحمل المرضى جزءاً من تكلفة العلاج .تختلف التكاليف حسب النظام العام أو الخاص والتأمين الصحي والمستشفى ونوع العملية .في الخاص يمكن أن تشمل التكاليف السرير، غرفة العمليات، الأدوات مثل الدباسات والخيوط، وأي دخول للعناية المركزة أو إعادة دخول لاحق .التأمين الخاص لا يغطي عادة السمنة كحالة .سابقة إلا بعد 12 شهراً من الاشتراك

قد توفر الجراحة لاحقاً آلاف الدولارات سنوياً من تكاليف الطعام والعلاج، لكن يجب التخطيط للمدفوعات .الخيارات قد تشمل الادخار، مساعدة العائلة، القروض المضمونة، القروض غير المضمونة أو البطاقات، أو الوصول المبكر للتقاعد في ظروف محددة .هذه ليست نصيحة مالية، ويجب استشارة مختص عند اتخاذ قرار .مالي أو ضريبي

المرشحون للجراحة

.لعام 2022 كما تطبق في أستراليا، وهي أوسع من المعايير القديمة ASMBS/IFSO تعكس المعايير الحالية إرشادات

- .يساوي 35 أو أكثر، مع أو دون مضاعفات مرتبطة بالسمنة BMI
- من 30 إلى 34.9 مع مرض مهم مرتبط بالسمنة، خصوصاً السكري النوع الثاني أو المتلازمة الأيضية أو انقطاع النفس أثناء النوم أو مرض قلبي BMI .وعائي
- .أو أكثر لمن هم من أصول آسيوية لأن المخاطر الأيضية تظهر عند أرقام أقل BMI 27.5
- .فشل كافٍ للعلاج بنمط الحياة، وتجربة علاج دوائي تحت إشراف عند مناسبته
- .عدم وجود سبب هرموني أو دوائي ثانوي للسمنة يمكن علاجه طبياً بشكل أفضل

- عدم وجود اضطراب كحول أو مواد فعال.
- استقرار الحالات النفسية المعالجة لا يعد مانعاً.
- الاستعداد لتغيير غذائي دائم ومكملات ومتابعة طبية مدى الحياة.

لم يعد شرط استمرار السمنة خمس سنوات أو أكثر جزءاً من الإرشادات الحديثة. السؤال الأهم هو: هل كان العلاج غير الجراحي كافياً ولم ينجح؟

من لا يناسبه إجراء الجراحة؟

لا توجد إجابة واحدة، لكن القرار لا يجب أن يكون اندفاعياً. العملية بداية تغيير مدى الحياة، ويجب أن يعمل المريض مع الجراحة لا ضدها. الرغبة في أكل كل ما يريد الشخص لا تتماشى غالباً مع هدف نزول الوزن. كما أن التركيز على أهداف قصيرة الأمد قد يؤدي للعودة إلى عادات سيئة بعد النزول.

التقييم قبل وبعد الجراحة

قبل الجراحة تحتاج إلى استشارتين على الأقل لتقييم المخاطر والأهداف وفهم الخيارات. يفضل إحضار شخص داعم لأنه قد يطرح أسئلة تنساها. بعد الجراحة تختلف الحاجة للدعم؛ كثيرون يكتفون بنصائح مكتوبة وشفهية، بينما يحتاج آخرون إلى دعم تغذوي أو نفسي أو برنامج نشاط. الشعور بالإحباط أو الارتباك ليس علامة فشل.

ما الخطوة التالية؟

فكر في الأمر وناقشه مع عائلتك وطبيب الأسرة. تجنب المواقع ذات الطابع التجاري الواضح عند البحث على الإنترنت، واعتمد على مصادر محايدة مثل NIH وNHMRC. إذا استخدمت المنتديات ومواقع التواصل، فاقرأ تجارب متعددة لأكثر من عملية، لأن كثيراً من المعلومات على الإنترنت آراء لا أدلة.

ناقش خياراتك مع طبيب الأسرة، فهو يعرف تاريخك الصحي وسيكون محورياً في متابعة الأدوية والصحة بعد العملية. إذا كنت تفكر في الجراحة وترغب في موعد، احتفظ بهذا الكتيب وأحضره معك ليكون مرجعاً للنقاش.

المراجع — إصدار 2026

- Australian Bureau of Statistics. National Health Survey 2022.
- Pi-Sunyer X et al. Liraglutide in weight management. NEJM 2015.
- Wilding JPH et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. NEJM 2021.
- Jastreboff AM et al. Tirzepatide once weekly for obesity. NEJM 2022.
- Jastreboff AM et al. Retatrutide for obesity. NEJM 2023.
- Wilding JPH et al. Weight regain after withdrawal of semaglutide. Diabetes Obes Metab 2022.
- Brown WA et al. Outcomes from bariatric surgery in Australia and New Zealand: 5-year data. ANZ J Surg 2025.
- Eisenberg D et al. 2022 ASMBS/IFSO indications for metabolic and bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis 2022.
- Rubino F et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med 2020.
- NHMRC Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity.